



**HARTFORD HOSPITAL  
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA ONCOLÓGICA**

**CONSENTIMIENTO PARA TERAPIA DE RADIACIÓN SÓLO EN ÁREA PARCIAL DE LA MAMA**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ MR#: \_\_\_\_\_  
(Nombre en imprenta)

AL PACIENTE: Se le ha dado información sobre su condición y la terapia de radiación recomendada. Este formulario de consentimiento es una confirmación escrita de esa conversación para que esté mejor informada para dar o retirar su consentimiento al curso de terapia propuesta.

\*\*\*\*\*

Me han explicado mi condición y la necesidad de tratamiento. Se han analizado los tratamientos alternativos conmigo. Entiendo las probables consecuencias si decido en contra del tratamiento.

Se ha propuesto la terapia de radiación para mi tratamiento. Entiendo que sólo me la administrarán en la parte de la mama que rodea el área de la cirugía y que la radiación se administrará durante un lapso mucho más breve que lo habitual (esta forma de tratamiento se llama irradiación parcial acelerada de la mama (APBI, por sus siglas en inglés)). Entiendo que mi médico continuará con mi tratamiento en tanto lo considere recomendable. El beneficio potencial de este tratamiento es que disminuirá significativamente el riesgo de recurrencia del cáncer en la mama. Entiendo que una forma diferente de terapia de radiación, conocida como irradiación de mama completa (WBI, por sus siglas en inglés) se ha usado durante muchos años en mujeres con esta configuración y que es un tratamiento establecido que ha documentado índices excelentes de efectividad y seguridad en el largo plazo. Al contrario, la irradiación parcial acelerada de la mama (APBI), es un método relativamente nuevo y, por lo tanto, aún no se conocen por completo su efectividad y su seguridad en el largo plazo (más allá de los 5-6 años). En comparación con la WBI, el tratamiento con APBI puede llevar a un aumento del riesgo de recurrencia del cáncer en la mama, el cual podría requerir mastectomía y posiblemente quimioterapia y podría estar asociado con un aumento del riesgo de diseminación del cáncer a otras partes del cuerpo y la muerte. La APBI también podría conducir a un riesgo incrementado de complicaciones en el largo plazo. Me han explicado la lista de los posibles efectos secundarios de la APBI que se encuentra al dorso de este formulario. Entiendo que a pesar de todas las precauciones tomadas, pueden ocurrir complicaciones inesperadas.

Autorizo que me marquen la piel con pequeñas marcas permanentes o temporales para ayudar a localizar el área que me tratarán.

Consiento que se me realice el tratamiento y que los registros de seguimiento se revisen en el futuro como parte de un estudio. Entiendo que se mantendrá mi confidencialidad en todo momento.

Después de haber leído este formulario y hablado con mis médicos, entiendo los beneficios potenciales y los riesgos del curso de la terapia de radiación propuesta. También entiendo que se han analizado los tipos razonables de tratamientos alternativos (no aplicar terapia de radiación, terapia de radiación en toda la mama, mastectomía). No se me han dado garantías ni hecho promesas con respecto al resultado del tratamiento.

También autorizo al Hospital y al médico o médicos mencionados arriba a que tomen fotografías, video y/o usen cualquier otro medio que dé como resultado la documentación permanente de mi imagen para propósitos médicos, científicos o educativos, siempre que no revelen mi identidad. Accedo a que el Hospital se deshaga de todas las fotografías tomadas según esta autorización, que no se requiera retener por ley, siempre que la forma de eliminación sea la destrucción permanente.

Consiento que me realicen la simulación/planificación de radiación y los tratamientos antes descritos administrados bajo la dirección de mi oncólogo de radiación de cabecera, que puede ser asistido por otros médicos, personal de enfermería y técnicos afiliados al Hospital.

SÓLO PARA MUJERES: \_\_\_\_\_ (iniciales)

No estoy embarazada ahora y no tengo motivo para sospechar que estoy embarazada.

Entiendo que existe un riesgo potencial para el feto si quedo embarazada durante el tratamiento.

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_

