

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO CON ACELERADOR LINEAL.

Ciudad y fecha:/...../20.....-

1. Yo....., con diagnóstico de....., habiéndome explicado en términos claros y sencillos los alcances y riesgos de mi patología, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento, autorizo al **Dr./a** y a su equipo médico, a realizarme tratamiento de **radioterapia con acelerador lineal**, indicado por mi médico de cabecera Dr./a., el cual se llevará a cabo en
2. Se me ha explicado que el acelerador lineal emite electrones y fotones. La radiación se dirige hacia el tumor de una forma muy localizada y con gran precisión, lo que permite minimizar los daños en los tejidos sanos circundantes. De esta forma, las dosis de radicación pueden ser aumentadas sin que provoque efectos nocivos sobre tejidos sanos del paciente, permitiendo una adecuada penetración en la profundidad de la lesión.
3. Se me ha informado que la dosis total de radiación y el número de sesiones necesarias dependerán del tamaño, localización y tipo de la lesión tumoral, del estado general de salud del paciente y de cualquier otro tratamiento que esté recibiendo, todo lo cual es indicado por mi médico tratante.
4. Se me ha sido explicado en qué consiste la radioterapia con acelerador lineal, y su forma de aplicación, por lo que entiendo la naturaleza, alcances, posibilidades y eventuales consecuencias de su realización, y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos y efectos adversos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
 - 4.1 Las complicaciones que pueden presentarse con el tratamiento radiante en cualquiera de sus formas, e independientemente de su correcta aplicación, variarán dependiendo del tipo y localización del tumor, y los mismos incluyen a título ejemplificativo: fatiga, enrojecimiento o irritación de la piel, reducción de los glóbulos blancos, pérdida de pelo, dolor mamario, náuseas, vómitos o diarrea, irritación vesical, vaginal, alteraciones menstruales, afectación de la fertilidad, quemaduras, fibrosis actínica, irritaciones de vísceras huecas (intestino, vejiga, etc.) que pueden provocar oclusiones, fístulas y un riesgo bajo de desarrollar una nueva neoplasia.
 - 4.2 Las lesiones secundarias o la toxicidad provocada por la aplicación de este tipo de radioterapia, en cualquiera de sus formas pueden aparecer en forma simultánea a la realización del tratamiento o en otro momento distante en el tiempo. Las lesiones secundarias y/o toxicidad de la **radioterapia** pueden ser transitorias o permanentes.-
5. Se me ha aclarado que existen tratamientos alternativos para mi patología, como ser....., aunque aclarándoseme que para el estado y características de mi enfermedad mi médico tratante recomienda apelar a la radioterapia con acelerador lineal.
6. Se me ha explicado la naturaleza y propósitos del tratamiento propuesta y los riesgos y consecuencias de no acceder al mismo, especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización presento alto riesgo de padecer las complicaciones propias de la patología, imposibilitando así mis chances de curación, con evolución desfavorable de mi estado general de salud, poniendo así en riesgo mi vida.
7. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que (*marcar "Sí o No"*) es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean

extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.

- 8. Soy consciente que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el médico me ha informado adecuadamente de las posibilidades y resultados esperados del procedimiento, no me han sido garantizados la obtención de los mismos.-
- 9. Me comprometo a cooperar cumpliendo fielmente las indicaciones que se me brinden durante toda la duración del tratamiento, así como informar en forma inmediata al médico sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal de las zonas tratadas de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.-
- 10. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud ni sobre anteriores tratamientos que me pudieron haber sido realizadas anteriormente por otros profesionales. manifiesto ser alérgico/a a.....:
- 11. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.
- 12. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
- 13. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.

Firma del paciente: **Documento:**

Aclaración:.....

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: