

DECLARACION DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR QUIMIOTERAPIA O INMUNOTERAPIA.

AL PACIENTE: Usted como paciente tiene el derecho a ser informado acerca de su condición médica y de las recomendaciones quirúrgicas, o procedimientos médicos que podrían ser usados para diagnóstico. De esa manera usted puede tomar la decisión de someterse al tratamiento o procedimiento indicado o no hacerlo después de conocer los riesgos y peligros implicados. Esta declaración no es con la intención de asustarlo(a) o alarmarlo(a). Esta información es solo un esfuerzo para informarlo(a) mejor, de esa manera usted puede tomar la decisión de dar su consentimiento para continuar o rechazar el tratamiento o procedimientos indicados.

1. Yo (nosotros) voluntariamente solicitamos al Doctor(es) _____ como mi médico(s), a sus colaboradores, asistentes técnicos y a otros proveedores de atención médica que se consideren necesarios para tratar mi condición, la cual se me (nos) ha explicado como: (diagnóstico en sus propios términos):

2. Yo (nosotros) entendemos que el tratamiento o procedimiento ha sido planeado para mí y voluntariamente doy mi consentimiento y autorizo a la Administración de Quimioterapia o Inmunoterapia: _____ o un biosimilar equivalente autorizado por el FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos).

3. Yo (nosotros) entendemos que el tratamiento mencionado arriba ha sido seleccionado de otras diferentes y posibles alternativas de tratamiento. También entiendo que soy libre de rechazar el tratamiento a cualquier hora si así es mi deseo.

4. Entiendo que la quimioterapia puede ser dañina para un niño por nacer. Por lo tanto es muy importante decirle al doctor si existe la posibilidad de un embarazo. También es muy importante informar a mujeres y hombres que van a recibir o están recibiendo tratamiento de quimioterapia/inmunoterapia. Que son sexualmente activos, que aún pueden concebir, y que tienen un compañero(a) que todavía tiene la posibilidad de un embarazo, de usar un método anticonceptivo confiable (pastillas anticonceptivas, condón, o un implante hormonal recomendado por su doctor) para evitar la posibilidad de un embarazo. He discutido las posibilidades de preservar mi fertilidad con mi doctor, si existe la necesidad y si eso aplicara a mi caso.

5. **Yo consiento/Yo NO consiento** al uso de sangre o productos de sangre cuando sean necesarios. Yo entiendo que los siguientes riesgos y peligros pueden ocurrir en conexión con el uso de sangre o los productos de sangre:

- Infección grave incluyendo, pero no limitada, a la hepatitis y el VIH (SIDA) que pueden dañar los órganos y causar una deficiencia permanente.
- Problemas relacionados con la transfusión incluyendo daño a los pulmones, corazón, hígado, riñones, y el sistema inmunológico.
- Reacciones alérgicas graves que pueden ser fatales.

6. Entiendo que no se me ha prometido o garantizado cierto resultado o la cura.

7. Entiendo que, así como hay riesgos y peligros en continuar mi condición presente sin tratamiento, también hay riesgos y peligros relacionados con la administración de quimioterapia/inmunoterapia que está planeada para mí. Yo (nosotros) entendemos que es común cuando se dispensa quimioterapia o inmunoterapia siempre existe la posibilidad de: Infección, coágulos en las venas o los pulmones, hemorragia, alergia y reacciones alérgicas, anemia, fatiga, estreñimiento, diarrea, pérdida de apetito, llagas en la boca, náusea o vómito, pérdida o aumento de peso, daño en el hígado, pérdida de pelo, oscurecimiento de la piel y uñas, ulceración cutánea en la parte donde se aplica la inyección, sarpullido en la piel, sensibilidad a la luz y la temperatura, adormecimiento o hormigueo, pérdida de oído, daños al corazón, daños al riñón, plaquetas bajas que pueden causar sangrado, células blancas bajas que pueden causar infección, síntomas de menopausia, menstruaciones irregulares, esterilidad, desvanecimientos, pérdida de memoria, pérdida de razonamiento, enfermedades malignas secundarias, dolor en los músculos o debilidad. También entiendo que otros efectos secundarios inesperados pueden ocurrir aparte de los ya mencionados arriba. En raros casos los





UNIVERSITY MEDICAL CENTER
Lubbock, Texas

Información del Paciente

Quimio administración (cont.)

tratamientos de cáncer puede causar complicaciones que amenacen la vida y pueden ocasionar la muerte. Estos efectos secundarios y riesgos se me han explicado y definido extensivamente de acuerdo a la información de la quimioterapia/inmunoterapia que voy a recibir y de los cuales se me ha dado una copia. También entiendo que puede haber necesidad de cambiar el tratamiento de quimioterapia/inmunoterapia.

8. ____ (Iniciales del paciente) Un profesional de salud calificado me ha proporcionado y ha repasado conmigo la información escrita sobre las medicinas (drogas) que recibiré. HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS SOBRE LAS MEDICINAS (DROGAS) YA MENCIONADAS Y QUE VOY A RECIBIR. ESTOY SATISFECHO CON LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA.

9. Mi equipo de atención médica ha explicado mi plan de tratamiento en detalle. Mi médico ha discutido conmigo otros métodos de tratamiento para esta enfermedad y los riesgos y beneficios del tratamiento. No hay ninguna garantía de que este tratamiento me dará los mismos resultados que otros pacientes han tenido. Si cambio de opinión y decido detener el tratamiento en cualquier momento, mi doctor continuará proporcionándome atención médica en el futuro.

10. Yo (nosotros) He (mos) leído la información anterior. Entiendo los posibles riesgos y beneficios del plan de tratamiento recomendado. Estoy de acuerdo en aceptar el tratamiento y autorizar al Dr. _____ y a su equipo de atención médica para llevar a cabo el plan de tratamiento.

SI YO (NOSOTROS) NO ESTAMOS DE ACUERDO CON CUALQUIERA DE LAS DISPOSICIONES ANTERIORES, LAS DISPOSICIONES SE HAN CORREGIDO.

Fecha Hora _____ A.M. (P.M.)

*Paciente/Firma de otras personas legalmente responsables

Relación (Si es otra persona aparte del paciente)

*Firma del testigo

Printed Name

- UMC 602 Indiana Avenue, Lubbock, TX 79415
- TTUHSC 3601 4th Street, Lubbock, TX 79430
- UMC Health & Wellness Hospital 11011 Slide Road, Lubbock TX
- OTHER Address: _____

Address (Street or P.O. Box)

City, State, Zip Code

Interpretación/Interpretación Disponible a Pedido Sí No _____
Fecha/hora (si se usa)

Otras formas de comunicación usadas Sí No _____
Nombre en letra de molde del intérprete Fecha/hora

Fecha en que se hace el procedimiento: _____



Date _____

Resident and Nurse Consent Checklist

Instructions for form completion

Note: Enter “not applicable” or “none” in spaces as appropriate. Consent may not contain blanks.

- Section 1: Enter name of physician(s) responsible for procedure and patient’s condition in lay terminology. **May not be abbreviated.**
- Section 2: Enter name of procedure(s) to be done. Use lay terminology.
- Section 6: Enter risks as discussed with patient.
- A. Risks for procedures on List A must be included. Other risks may be added by the Physician.
 - B. Procedures on List B or not addressed by the Texas Medical Disclosure panel do not require that specific risks be discussed with the patient. For these procedures, risks may be enumerated or the phrase: “As discussed with patient” entered.
- Patient Signature: Enter date and time patient or responsible person signed consent.
- Witness Signature: Enter signature, printed name and address of competent adult who witnessed the patient or authorized person’s signature

If the patient does **not** consent to a specific provision of the consent, the consent should be rewritten to reflect the procedure that the patient (authorized person) is consenting to have performed.

For additional information on informed consent policies, refer to policy SPP PC-17.

Consent

<input type="checkbox"/> Name of the procedure (lay term)	<input type="checkbox"/> No medical abbreviations
<input type="checkbox"/> No blanks left on consent	<input type="checkbox"/> Signatures obtained

Orders

<input type="checkbox"/> Procedure Date	<input type="checkbox"/> Procedure
<input type="checkbox"/> Diagnosis	<input type="checkbox"/> Signed by Physician & Name stamped

Nurse _____ Resident _____ Department _____

THIS FORM IS NOT PART OF THE MEDICAL RECORD