



Consentimiento informado radioterapia

En la ciudad de , a los días del mes de de 2021

Dejo constancia que el Dr..... , matricula , especialista en , me ha informado de forma comprensible que padezco de cáncer de , cuyo informe anatomopatológico enuncia
.....
.....
.....
.....

..y como parte del tratamiento de dicha patología debo realizar terapia radiante en bajo la modalidad de (conformación de la radioterapia).....

Verbalmente he recibido información acerca de los beneficios de realizar el tratamiento así como de los efectos adversos más frecuentes del mismo, sobre alternativas terapéuticas y probables consecuencias de no realizar el tratamiento indicado. De igual manera me han informado sobre el derecho a participar activamente de mi tratamiento, exponiendo inquietudes así como decidiendo la interrupción del tratamiento en cualquiera de sus etapas.

El médico tratante citado, ha respondido a mis dudas y me ha brindado tiempo necesario para reflexionar sobre la información recibida, por lo que otorgo el presente consentimiento como muestra de mi conformidad.

.....
Firma paciente/representante legal

.....
Firma medico

.....
Aclaración

.....
Sello

.....
DNI