



Affix Patient Label

Nombre del paciente:

Fecha de nac.:

Consentimiento Informado de Biopsia con Aguja

Esta información se le proporciona para que usted pueda decidir con fundamento si quiere hacerse una **biopsia con aguja** _____.

El radiólogo usará una ecografía, tomografía computada (TC), u otro estudio de imagenología radiológica para guiar la colocación de una aguja para biopsia y seleccionar la mejor ubicación para la biopsia. Se tomarán pequeñas muestras de tejido. Estas se enviarán al patólogo para que las examine. No se realizará un diagnóstico final en el momento de la biopsia. El resultado final se le enviará a su médico, generalmente en unos pocos días.

Se inyectará un anestésico local en el sitio de la biopsia y se le podría administrar algún medicamento relajante por vía intravenosa y un medicamento para el dolor durante el procedimiento. La mayoría de las pacientes tolera bien este procedimiento y les resulta casi indoloro. Algunos pacientes sienten molestias moderadas durante la biopsia.

Razón y propósito del procedimiento

Determinar si la anomalía es benigna o maligna e intentar hacer un diagnóstico específico.

Beneficios de este procedimiento

Usted puede recibir los siguientes beneficios. Su médico no puede prometerle que recibirá alguno de estos beneficios. Solo usted puede decidir si los beneficios valen la pena el riesgo.

- Ayudar a su médico a decidir qué tratamiento usar.
- Hacer un diagnóstico.
- Evitar tratamientos innecesarios.

Riesgos de los procedimientos

Ningún procedimiento está totalmente libre de riesgos. Algunos riesgos son bien conocidos. Puede haber riesgos no incluidos en la lista que su médico no pueda anticipar.

Riesgos generales de los procedimientos

- **Sangrado:** Esto podría requerir la admisión al hospital o una transfusión de sangre. En casos muy poco frecuentes, se necesita una operación de emergencia o una arteriografía para detener el sangrado.
- **Infección:** puede ocurrir en la piel, en los tejidos blandos debajo de la piel o en el sitio interno de la biopsia. Estas infecciones son poco frecuentes. Podría ser necesario un tratamiento con antibióticos.
- **Complicaciones por el medicamento de sedación:** Podría tener presión arterial baja. Podría tener problemas respiratorios inclusive respiración lenta y ahogarse con el vómito (aspiración). Si recibe sedación será monitoreado por una enfermera y se le administrará oxígeno para respirar.
- **Daños a los tejidos circundantes.** El médico usará rayos X para guiar la aguja al lugar correcto. La aguja puede causar daños a los tejidos y órganos circundantes. Esto es infrecuente. Esto puede causar dolor. Es posible que necesite más tratamiento.
- **Incapacidad de diagnosticar su afección.** La biopsia con aguja podría no ser tan exacta como extraer una cantidad más grande de tejido mediante cirugía.

Nombre del paciente:

Fecha de nac.:

- **Resultados inconclusos:** Los resultados de la biopsia podrían no ser definitivos. Es posible que necesite otra biopsia.

Riesgos específicos para usted:

Riesgos asociados con fumar

Fumar está vinculado con un aumento del riesgo de infecciones. También puede llevar a complicaciones cardíacas y pulmonares y a la formación de coágulos.

Riesgos asociados con la obesidad

La obesidad está vinculada con un aumento del riesgo de infecciones. También puede llevar a complicaciones cardíacas y pulmonares y a la formación de coágulos.

Riesgos específicos para usted:

Tratamientos alternativos

Otra opción:

- No hacer nada. Puede decidir no hacerse el procedimiento.
- Biopsia quirúrgica en la sala de operaciones. Solo su médico puede decidir si esta es una opción para usted.

Si decide que no se realice este tratamiento

- Usted y su médico no sabrán la causa de su afección.
- Su médico no tendrá la información para brindarle tratamiento.

Información general

- Durante este procedimiento, el médico podría tener que realizar más procedimientos o procedimientos nuevos que los que acordé.
- Durante el procedimiento el médico podría tener que hacer más pruebas o tratamientos.
- Los alumnos, personas de ventas técnicas y otros integrantes del personal podrían estar presentes durante el procedimiento. Mi médico los supervisará.
- El tejido de la biopsia se analizará. Podría guardarse para fines de investigación o enseñanza. Acepto que el hospital deseche los tejidos de un modo adecuado.
- Se obtendrán imágenes radiológicas. Estas pasarán a formar parte de mi historial médico. Estos podrían publicarse con fines de enseñanza. Se protegerá mi identidad.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nac.: _____

Al firmar este formulario acepto lo siguiente:

- He leído este formulario o el mismo me fue explicado con palabras que puedo comprender.
- Entiendo su contenido.
- He tenido tiempo para hablar con el médico. Mis preguntas fueron respondidas.
- Deseo que se me realice este procedimiento de **Biopsia con Aguja de** _____
- Entiendo que mi médico podría pedirle a un colega que realice la cirugía/el procedimiento.
- Entiendo que otros médicos, incluidos los médicos residentes, u otros integrantes del personal podrían ayudar con la cirugía. Las tareas se basarán en su nivel de aptitud. Mi médico los supervisará.

Proveedor: Este paciente podría requerir una prueba de grupo y compatibilidad o de grupo y compatibilidad cruzada, antes de la cirugía. Si así fuera, por favor obtenga el consentimiento para la sangre o los hemoderivados.

Firma del paciente _____ Fecha: _____ Hora: _____

Relación: **Paciente** **Pariente más cercano (relación)** _____ **Tutor**

Declaración del Intérprete: He traducido este formulario de consentimiento y la explicación que le dio el médico al paciente, al padre o la madre, al familiar más cercano o al tutor legal.

Intérprete: _____ Fecha _____ Hora _____

*Intérprete (si corresponde)***SOLO para Uso del Proveedor:**

Le he explicado la naturaleza, el propósito, los riesgos, los beneficios, las posibles consecuencias de no recibir tratamiento, las opciones alternativas y la posibilidad de complicaciones y efectos secundarios de la intervención que se pretende realizar; he respondido las preguntas, y el paciente ha aceptado que se realice el procedimiento.

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Explicación del paciente

Le he explicado la naturaleza, el propósito, los riesgos, los beneficios, las posibles consecuencias de no recibir tratamiento, las opciones alternativas y la posibilidad de complicaciones y efectos secundarios de la intervención que se pretende realizar; he respondido las preguntas, y el paciente ha aceptado que se realice el procedimiento.

El/la paciente muestra comprensión al relatar en sus propias palabras:

____ Las razones para el tratamiento o procedimiento: _____

____ Las zonas del cuerpo que serán afectadas: _____

____ Los beneficios del procedimiento: _____

____ Los riesgos del procedimiento: _____

____ Las alternativas al procedimiento: _____

O

____ El/la paciente decide no proceder: _____ Fecha: _____ Hora: _____

(firma del/de la paciente)

Validado/Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____