



Consentimiento Informado  
Tratamiento del Cáncer Infantil  
(tumores sólidos)

## **Consentimiento Informado para el Tratamiento del Cáncer Infantil (Tumores sólidos)**

## Consentimiento Informado para el Tratamiento del Cáncer Infantil (tumores sólidos)

---

La hipótesis diagnóstica del niño/niña es:

Nombre paciente:.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en: .....

Ciudad:.....Comuna:.....

FECHA.....HORA.....

SR. / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en: .....

Ciudad:.....Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

### DECLARO:

Que El/La: Doctor (a) .....

Me ha explicado que es conveniente, en la situación de mi hijo/hija, realizar procedimientos y tratamiento quirúrgico de

**CÁNCER INFANTIL (TUMORES SÓLIDOS).**

**EXTREMIDAD, LUGAR, LADO:**.....

Se me (nos) informó que el equipo tratante (médicos, cirujanos, enfermeras) entregará todos los detalles referentes al diagnóstico, tratamiento médico y/o procedimientos quirúrgico, evolución de la enfermedad, posibilidad de curación así como de las posibles complicaciones que pueden aparecer tanto a consecuencia de la enfermedad como de los procedimientos diagnósticos y/o del tratamiento.

El médico me ha (nos) explicado que para tratar esta enfermedad se necesita realizar una serie de exámenes de sangre, orina, radiografías corrientes y especiales (ecografías, cintigrama, tomografía, resonancia), además de procedimientos quirúrgicos destinados a obtener muestras de tejidos (biopsia) o punciones diversas (Mielograma, ganglio, punción lumbar).

Se me (nos) informó que el tratamiento que se aplicará a mi hijo (a) corresponde al protocolo,

..... Que está basado en tratamientos que han sido probados previamente, en otros países, y ha demostrado su utilidad. La duración del tratamiento es variable según el tipo de cáncer desde algunos meses hasta 2 años.

He (mos) comprendido que hasta ahora el cáncer infantil no se cura en un 100% y que a pesar del tratamiento se pueden presentar recaídas y en esa situación se discutirá con nosotros la posibilidad de otro tratamiento.

El tratamiento consiste en administrar medicamentos anticancerosos (quimioterapia) que varían según el tipo de cáncer. En algunos casos se incluye cirugía (biopsia, o extirpación del tumor cuando sea posible, que a veces significa la amputación de un miembro, o colocación de catéter venoso central para administrar la quimioterapia).

He (mos) sido informados de la quimioterapia así como los otros procedimientos del tratamiento, pueden producir efectos secundarios no deseables: vómitos, caída del pelo, inflamación de las mucosas, baja de glóbulos blancos que condiciona infecciones que requieren tratamiento antibiótico, baja de glóbulos rojos (anemia) y baja de plaquetas que pueden producir hemorragias y requieren transfusiones. Muy rara vez pueden producir la muerte.

El equipo tratante me (nos) ha dado seguridad que se nos explicará los pasos del tratamiento, los procedimientos necesarios, se nos resolverán las dudas, que se adoptarán todas las medidas de prevención para evitar o disminuir las complicaciones o los accidentes durante el tratamiento y que se realizarán todos los esfuerzos a su alcance para lograr la curación de nuestro hijo (a).

Se me ha (nos) explicado que si no acepto que mi hijo sea tratado con este protocolo nosotros tendremos la posibilidad de discutir otro tratamiento con el equipo tratante y con mi Isapre.



He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

**CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se le realice el tratamiento quirúrgico para:

**EXTREMIDAD, LUGAR, LADO:**.....

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Niño/Niña.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).