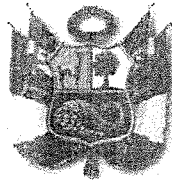


REPÚBLICA DEL PERÚ



RESOLUCION JEFATURAL

Surquillo, 19 de NOVIEMBRE de 2020

**VISTOS:**

El Memorando N° 01-2019-CHC-INEN, del Comité de Historias Clínicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, el Informe N° 058-2020-SGC-DNCC-DICON/INEN, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos y el Informe N° 0812-2020-OAJ/INEN de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

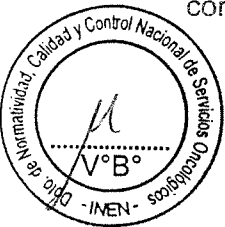
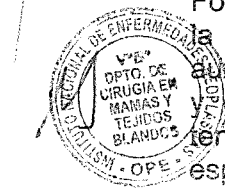
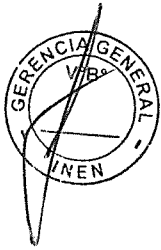
**CONSIDERANDO:**

Que a través de la Ley N° 28748, se creó como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al Sector Salud, constituyendo Pliego Presupuestal y calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM;

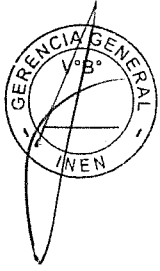
Que, mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, publicado en el diario oficial El Peruano, el 11 de enero de 2007, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (ROF - INEN), estableciendo la jurisdicción, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, de fecha 13 de marzo de 2018, se aprobó la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", en la cual establece, entre otros, lo siguiente: 5.2.2. Formatos Especiales Representan el resto de los formatos no consignados dentro de la categoría de básicos, como los de Identificación / Filiación, solicitud de exámenes auxiliares, interconsulta, anatomía patológica, consentimiento informado, de referencia y de contrarreferencia, de seguros: SIS y SOAT, u otros; Entre estos formatos tenemos:(...)16) Formato de Consentimiento Informado. En el caso de tratamientos especiales, nuevas modalidades de atención, practica de procedimiento o intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, y la participación del paciente en actividades de docencia, debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato establecido de acuerdo con la normatividad vigente;

Que, mediante el Memorando N°01-2019-CHC-INEN, el Presidente del Comité de Historias Clínicas del INEN requiere al Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, revisar y actualizar los formatos de consentimientos informados, por corresponder;



Que, mediante Informe N° 058-2020- SGC-DNCC-DICON/INEN, el Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, indica que luego de haber analizado los formatos de consentimiento informado del Departamento de Cirugía de Mamas y Tejidos Blandos de la Dirección de Cirugía, considera adecuados para su aprobación;



Que, de la revisión efectuada a los formatos denominado consentimiento informado, se aprecia que cumplen con lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica (NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN);

Que, en tal sentido, y de la evaluación y análisis de los formatos en cuestión, resulta viable aprobar lo solicitado al respecto, en merito a la normativa vigente, en el extremo que *"Toda persona debe ser informada por el médico tratante sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le expliquen las consecuencias de esa negativa. El médico tratante debe registrar en la historia clínica del paciente que lo informó sobre este derecho, las consecuencias de su decisión, así como su aceptación o negativa en relación con el tratamiento, consignando además la firma o huella digital del paciente o de su representante, según corresponda"*;

Que, contando con los vistos buenos de la Sub Jefatura Institucional, de la Gerencia General, de la Dirección de Cirugía, del Departamento de Cirugía de Mamas y Tejidos Blandos de la Dirección de Cirugía, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, de la Dirección de Control del Cáncer, del Presidente del Comité de Historia Clínicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

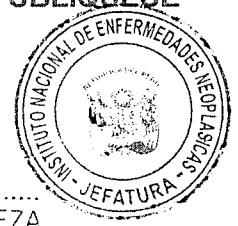
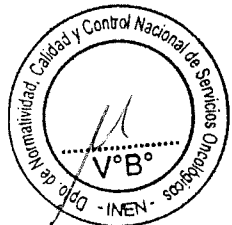
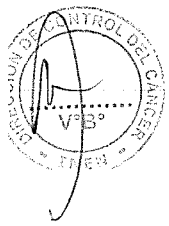
En uso de las atribuciones y facultades conferidas en el Decreto Supremo N° 001-2007-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN y la Resolución Suprema N° 011-2018-SA;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR** los formatos de Consentimiento Informado del Departamento de Cirugía de Mamas y Tejidos Blandos de la Dirección de Cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, que en anexos forman parte integrante de la presente resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO.- ENCARGAR** a la Oficina de Comunicaciones de la Gerencia General del INEN, la publicación de la presente resolución en el portal institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN [www.inen.sld.pe](http://www.inen.sld.pe).

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE**



Dr. EDUARDO PAYET MEZA  
Jefe Institucional  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DISECCIÓN RADICAL DE AXILA (CÁNCER DE PIEL)

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Disección Radical de Axila: Consiste en extraer los ganglios linfáticos axilares del mismo lado de la región del cuerpo que presenta cáncer de piel (ipsilaterales), con preservación de estructura vasculonerviosas.

### Objetivo:

Curar y eliminar la enfermedad loco regional y evitar que se extienda a otras partes del cuerpo.

### Alternativas:

Los médicos han evaluado las opciones de tratamiento, recomendándole la mejor alternativa que es la cirugía; en caso de rechazar dicho procedimiento, puede incluir la quimioterapia y/o radioterapia, con tasas de respuesta y tolerancia variables, dependiendo del estadio y el performance del paciente, cabe resaltar que con ello, el/la paciente está asumiendo la responsabilidad por su decisión en caso de no desear la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Eliminar el cáncer de piel, mejorar la calidad de vida del paciente aliviando los síntomas del cáncer avanzado.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión del cáncer de piel, con mayor morbi-mortalidad de la enfermedad de fondo y sus complicaciones.

### Riesgos reales y potenciales:

Las complicaciones pueden presentar en el 15% de los casos, presentado: hematoma, sangrado, dehiscencia de sutura, necrosis de tejidos, fiebre, infección de herida operatoria, infección respiratoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, lesión del tejido nervioso, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), linfedema (acúmulo de linfa), paro cardíaco y muerte. Salida de dren y/u obstrucción del mismo; en aquellas pacientes que tienden a realizar cicatriz queloides pueden presentarlo en el sitio operatorio; y Adherencia Cicatricial (Síndrome Axillary-Web) que es un síndrome que se manifiesta con dolor irradiado en brazo ipsilateral tras la intervención quirúrgica y con presencia de cordones subcutáneos visibles y palpables.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal; fatiga; hepatitis transitoria, ictericia; anafilaxia, reacciones alérgicas, urticaria, edema angioneurótico; eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica; mareos, dolor de cabeza; alucinaciones; erupción cutánea, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrosis epidérmica tóxica; nefritis intersticial; colitis pseudomembranosa; prurito genital y anal, vaginitis, moniliasis vaginal.
- Analgésicos/Antiinflamatorios: Sinusitis, infección del tracto respiratorio superior, infección del tracto urinario; empeoramiento de la alergia; insomnio; mareo, hipertonia; infarto agudo de miocardio; hipertensión arterial; faringitis, rinitis, tos, disnea; dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, vómito, disfagia; erupción, prurito; síntomas de tipo gripal, edema periférico/retención de líquidos

Pronóstico: Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Drenes: que en el dren presente sangre rojo rutilante, aumento de secreción por el drenaje (que llene el recipiente de almacenamiento en poco tiempo, menos de 2 a 6 horas aproximadamente), este obstruido y que condicione la formación hematoma (aumento de volumen en el sitio operatorio por acumulo de sangre), y que el dren se salga del sitio de fijación.
- Hematoma, dolor intenso que no calma con el uso de analgésicos.
- Enrojecimiento del sitio operatorio, fiebre.
- Falta de aire, mareos, náuseas y/o vómitos, palpitations, palidez.
- Dehiscencia de la sutura

Acudir a la institución inmediatamente, para la evaluación respectiva.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ... con número de Historia Clínica N° ..., con el Diagnóstico: ...
Declaro:
Que el Médico: ... con CMP N° ..., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

DISECCIÓN RADICAL DE AXILA

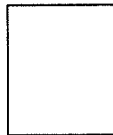
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

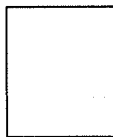
Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ..., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de ...
y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...





PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO MASTECTOMIA TOTAL + BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA + PROBABLE DISECCIÓN RADICAL DE AXILA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”)

### Procedimiento:

Mastectomía Total + Biopsia De Ganglio Centinela + Probable Disección Radical de Axila: Consiste en extirpar la glándula mamaria con enfermedad; así mismo, un día antes se le realizará la linfografía; y previo al inicio de la cirugía se aplicará en la mama con la enfermedad una inyección de azul patente, que en combinación con ambos métodos, nos permitirá identificar y extraer el/los ganglio(s) centinela(s) axilar(es), para realizar el estadiaje de la enfermedad, los cuales serán evaluados por el Patólogo a cargo durante la cirugía, de ser positivo el/los ganglio(s) centinela(s) para enfermedad se procederá a realizar la disección radical de axila, que consiste en extraer los grupos ganglionares axilares con preservación del paquete vasculo-nervioso del dorsal y del nervio torácico largo, de ser negativo en este primer momento, se esperará el resultado del estudio completo en parafina, que es un estudio más detallado de las muestras obtenidas en la cirugía, por el Dpto. de Anatomopatológica, para saber si es factible la disección radical de axilar posteriormente, o no.

### Objetivo:

Curar la enfermedad de base y/o paliar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente, evitando la extensión de la enfermedad a los tejidos adyacentes y a distancia; así mismo, identificar en el/los ganglio(s) centinela(s) que puedan estar comprometidos por la enfermedad, los cuales serán evaluados en el intraoperatorio, de ser positivo se procederá a la disección radical de axila, en caso de ser negativo en primera instancia se esperará el resultado del protocolo completo de ganglio centinela por el Dpto. de Anatomopatológica con la finalidad de conocer si posteriormente la disección radical de axila es factible (de salir positivo en esta evaluación) o no, según corresponda.

### Alternativas:

Los médicos han evaluado las opciones de tratamiento, recomendándole la mejor alternativa que es la cirugía; en caso de rechazar dicho procedimiento, puede incluir la quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia, con tasas de respuesta y tolerancia variables, dependiendo del estadio y el performance del paciente, cabe resaltar que con ello la paciente está asumiendo la responsabilidad por su decisión en caso de no desear la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Eliminar el cáncer de mama, control local de la enfermedad, y mejorar la calidad de vida de la paciente.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión del cáncer de mama, tanto a nivel loco regional como a distancia., con mayor morbi-mortalidad relacionada al cáncer de mama y sus complicaciones.

### Riesgos reales y potenciales:

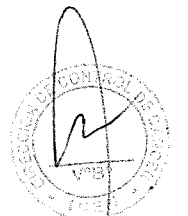
Las complicaciones pueden presentarse hasta en un 15% aproximadamente, pudiéndose presentar: hematoma, sangrado, dehiscencia de sutura, necrosis de tejidos, fiebre, infección de herida operatoria, infección respiratoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, lesión del tejido nervioso, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), linfedema (acúmulo de linfa), paro cardíaco y muerte. Salida de dren y/u obstrucción del mismo; en aquellas pacientes que tienden a realizar cicatriz que loide pueden presentarlo en el sitio operatorio; y Adherencia Cicatricial (Síndrome Axillary-Web) que es un síndrome que se manifiesta con dolor irradiado en brazo ipsilateral tras la intervención quirúrgica y con presencia de cordones subcutáneos visibles y palpables.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Azul patente: tinción de la piel, de orina y de las heces; reacción anafiláctica (<1%).
- Antibióticos: náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal; fatiga; hepatitis transitoria, ictericia; anafilaxia, reacciones alérgicas, urticaria, edema angioneurótico; eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica; mareos, dolor de cabeza; alucinaciones; erupción cutánea, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrolisis epidérmica tóxica; nefritis intersticial; colitis pseudomembranosa; prurito genital y anal, vaginitis, moniliasis vaginal.
- Analgésicos/Antiinflamatorios: Sinusitis, infección del tracto respiratorio superior, infección del tracto urinario; empeoramiento de la alergia; insomnio; mareo, hipertensión; infarto agudo de miocardio; hipertensión arterial; faringitis, rinitis, tos, disnea; dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, vómito, disfgia; erupción, prurito; síntomas de tipo gripal, edema periférico/retención de líquidos

Pronóstico: Bueno ( )

Reservado ( )





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



Recomendaciones: Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Drenes: que en el dren presente sangre rojo rutilante, aumento de secreción por el drenaje...
B. Hematoma, dolor intenso que no calma con el uso de analgésicos.
C. Enrojecimiento del sitio operatorio, fiebre.
D. Falta de aire, mareos, náuseas y/o vómitos, palpitaciones, palidez.
E. Dehiscencia de la sutura.

Acudir a la institución inmediatamente, para la evaluación respectiva.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. de años de edad, con domicilio en; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: con número de Historia Clínica N° con el Diagnóstico:

Declaro:

Que el Médico: con CMP N° me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

MASTECTOMÍA TOTAL + BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA + PROBABLE DISECCIÓN RADICAL DE AXILA

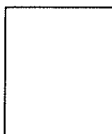
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar...
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido...
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:



REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en; con DNI N° en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar) y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:





PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Mastectomía Radical Modificada: Consiste en extraer la glándula mamaria enferma (con tumoración) y los ganglios linfáticos de la región axilar ipsilateral del cáncer de mama.

### Objetivo:

Curar la enfermedad de base y/o paliar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente, evitando la extensión de la enfermedad a los tejidos adyacentes y a distancia.

### Alternativas:

Los médicos han evaluado las opciones de tratamiento, recomendándole la mejor alternativa que es la cirugía; en caso de rechazar dicho procedimiento, puede incluir la quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia, con tasas de respuesta y tolerancia variables, dependiendo del estadio y el performance del paciente, cabe resaltar que con ello la paciente está asumiendo la responsabilidad por su decisión en caso de no desear la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Eliminar el cáncer de mama, control local de la enfermedad, y mejorar la calidad de vida de la paciente.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión del cáncer de mama, tanto a nivel loco regional como a distancia., con mayor morbi-mortalidad relacionada al cáncer de mama y sus complicaciones.

### Riesgos reales y potenciales:

Las complicaciones pueden presentarse hasta en un 15% aproximadamente, pudiéndose presentar: hematoma, sangrado, dehiscencia de sutura, necrosis de tejidos, fiebre, infección de herida operatoria, infección respiratoria, tromboembolia profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, lesión del tejido nervioso, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), linfedema (acúmulo de linfa), paro cardíaco y muerte. Salida de dren y/u obstrucción del mismo; en aquellas pacientes que tienden a realizar cicatriz quelóide pueden presentarlo en el sitio operatorio; y Adherencia Cicatricial (Síndrome Axillary-Web) que es un síndrome que se manifiesta con dolor irradiado en brazo ipsilateral tras la intervención quirúrgica y con presencia de cordones subcutáneos visibles y palpables.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal; fatiga; hepatitis transitoria, ictericia; anafilaxia, reacciones alérgicas, urticaria, edema angioneurótico; eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica; mareos, dolor de cabeza; alucinaciones; erupción cutánea, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrosis epidérmica tóxica; nefritis intersticial; colitis pseudomembranosa; prurito genital y anal, vaginitis, moniliasis vaginal.
- Analgésicos/Antiinflamatorios: Sinusitis, infección del tracto respiratorio superior, infección del tracto urinario; empeoramiento de la alergia; insomnio; mareo, hipertonia; infarto agudo de miocardio, hipertensión arterial; faringitis, rinitis, tos, disnea; dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, vómito, disfagia; erupción, prurito; síntomas de tipo gripal, edema periférico/retención de líquidos

Pronóstico: Bueno ( )

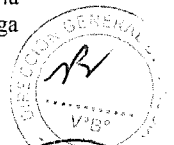
Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Drenes: que en el dren presente sangre rojo rutilante, aumento de secreción por el drenaje (que llene el recipiente de almacenamiento en poco tiempo, menos de 2 a 6 horas aproximadamente), este obstruido y que condicione la formación hematoma (aumento de volumen en el sitio operatorio por acumulo de sangre), y que el dren se salga del sitio de fijación.
- Hematoma, dolor intenso que no calma con el uso de analgésicos.
- Enrojecimiento del sitio operatorio, fiebre.
- Falta de aire, mareos, náuseas y/o vómitos, palpaciones, palidez.
- Dehiscencia de la sutura.

Acudir a la institución inmediatamente, para la evaluación respectiva.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ....., con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA

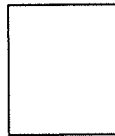
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

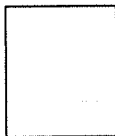
Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

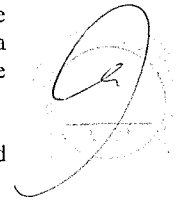
FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....







PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO TUMORECTOMIA/CUADRANTECTOMIA DE MAMA + BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA + PROBABLE DISECCIÓN RADICAL DE AXILA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”)

### Procedimiento:

Tumorectomía/Cuadrantectomía De Mama + Biopsia De Ganglio Centinela + Probable Disección Radical de Axila: Consiste en extraer la tumoración de la mama con márgenes adecuados, así mismo, un día antes se le realizará la linfografía y previo al inicio de la cirugía se aplicará en la mama con la enfermedad una inyección de azul patente, que en combinación con ambos métodos, nos permitirá identificar y extraer el/los ganglio(s) centinela(s) axilar(es), para realizar el estadiaje de la enfermedad, los cuales serán evaluados por el Patólogo a cargo durante la cirugía, de ser positivo el/los ganglio(s) centinela(s) para enfermedad se procederá a realizar la disección radical de axila, que consiste en extraer los grupos ganglionares axilares con preservación del paquete vasculo-nervioso del dorsal y del nervio torácico largo, de ser negativo en este primer momento, se esperará el resultado del estudio completo en parafina, que es un estudio más detallado de las muestras obtenidas en la cirugía, por el Dpto. de Anatomopatológica, para saber si es factible la disección radical de axilar posteriormente, o no.

### Objetivo:

Curar la enfermedad de base y/o paliar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente, evitando la extensión de la enfermedad a los tejidos adyacentes y a distancia; así mismo, identificar en el/los ganglio(s) centinela(s) que puedan estar comprometidos por la enfermedad, los cuales serán evaluados en el intraoperatorio, de ser positivo se procederá a la disección radical de axila, en caso de ser negativo en primera instancia se esperará el resultado del protocolo completo de ganglio centinela por el Dpto. de Anatomopatológica con la finalidad de conocer si posteriormente la disección radical de axila es factible (de salir positivo en esta evaluación) o no, según corresponda.

### Alternativas:

Los médicos han evaluado las opciones de tratamiento, recomendándole la mejor alternativa que es la cirugía; en caso de rechazar dicho procedimiento, puede incluir la quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia, con tasas de respuesta y tolerancia variables, dependiendo del estadio y el performance del paciente, cabe resaltar que con ello la paciente está asumiendo la responsabilidad por su decisión en caso de no desear la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Eliminar el cáncer de mama, control local de la enfermedad, y mejorar la calidad de vida de la paciente.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión del cáncer de mama, tanto a nivel loco regional como a distancia., con mayor morbi-mortalidad relacionada al cáncer de mama y sus complicaciones.

### Riesgos reales y potenciales:

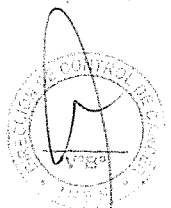
La complicaciones pueden presentarse hasta en un 15% aproximadamente, pudiéndose presentar: hematoma, sangrado, dehiscencia de sutura, necrosis de tejidos, fiebre, infección de herida operatoria, infección respiratoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, lesión del tejido nervioso, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), linfedema (acúmulo de linfa), paro cardiaco y muerte. Salida de dren y/u obstrucción del mismo; en aquellas pacientes que tienden a realizar cicatriz que loide pueden presentarlo en el sitio operatorio, asimetría de la mama, disminución del volumen mamario, trastornos de la sensibilidad; y Adherencia Cicatricial (Síndrome Axillary-Web) que es un síndrome que se manifiesta con dolor irradiado en brazo ipsilateral tras la intervención quirúrgica y con presencia de cordones subcutáneos visibles y palpables.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Azul patente: tinción de la piel, de orina y de las heces; reacción anafiláctica (<1%).
- Antibióticos: náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal; fatiga; hepatitis transitoria, ictericia; anafilaxia, reacciones alérgicas, urticaria, edema angioneurótico; eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica; mareos, dolor de cabeza; alucinaciones; erupción cutánea, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrosis epidérmica tóxica; nefritis intersticial; colitis pseudomembranosa; prurito genital y anal, vaginitis, moniliasis vaginal.
- Analgésicos/Antiinflamatorios: Sinusitis, infección del tracto respiratorio superior, infección del tracto urinario; empeoramiento de la alergia; insomnio; mareo, hipertonia; infarto agudo de miocardio; hipertensión arterial; faringitis, rinitis, tos, disnea; dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, vómito, disfagia; erupción, prurito; síntomas de tipo gripal, edema periférico/retención de líquidos

Pronóstico: Bueno ( )

Reservado ( )





Recomendaciones: Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Drenes (en caso de proceder a la disección radical de axila): que en el dren presente sangre rojo rutilante, aumento de secreción por el drenaje...
B. Hematoma, dolor intenso que no calma con el uso de analgésicos.
C. Enrojecimiento del sitio operatorio, fiebre.
D. Falta de aire, mareos, náuseas y/o vómitos, palpitaciones, palidez.
E. Dehiscencia de la sutura.

Acudir a la institución inmediatamente, para la evaluación respectiva.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: con número de Historia Clínica N° con el Diagnóstico:

Declaro:

Que el Médico: con CMP N° me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

TUMORECTOMIA/CUADRANTECTOMIA DE MAMA + BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA + PROBABLE DISECCIÓN RADICAL DE AXILA

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

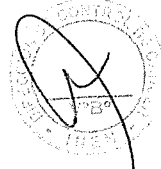
FECHA: HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:



REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en con DNI N° en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

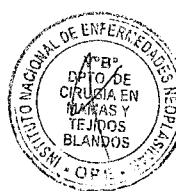
FECHA: HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:





PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA AXILAR + PROBABLE DISECCIÓN RADICAL DE AXILA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Biopsia de Ganglio Centinela Axilar + Probable Disección Radical de Axila: Consiste en que un día antes se le realizará la linfografía y previo al inicio de la cirugía se aplicará en la mama con la enfermedad una inyección de azul patente, que en combinación con ambos métodos, nos permitirá identificar y extraer el/los ganglio(s) centinela(s) axilar(es), para realizar el estadiaje de la enfermedad, los cuales serán evaluados por el Patólogo a cargo durante la cirugía, de ser positivo el/los ganglio(s) centinela(s) para enfermedad se procederá a realizar la disección radical de axila, que consiste en extraer los grupos ganglionares axilares con preservación del paquete vasculo-nervioso del dorsal y del nervio torácico largo, de ser negativo en este primer momento, se esperará el resultado del estudio completo en parafina, que es un estudio más detallado de las muestras obtenidas en la cirugía, por el Dpto. de Anatomopatológica, para saber si es factible la disección radical de axilar posteriormente, o no.

### Objetivo:

Estadificar la enfermedad de fondo, identificar en el/los ganglio(s) centinela(s) que puedan estar comprometidos por la enfermedad, los cuales serán evaluados en el intraoperatorio, de ser positivo se procederá a la disección radical de axila, en caso de ser negativo en primera instancia se esperará el resultado del protocolo completo de ganglio centinela por el Dpto. de Anatomopatológica con la finalidad de conocer si posteriormente la disección radical de axila es factible (de salir positivo en esta evaluación) o no, según corresponda.

### Alternativas:

Los médicos han evaluado las opciones de tratamiento, recomendándole la mejor alternativa que es la cirugía; en caso de rechazar dicho procedimiento, puede incluir la quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia, con tasas de respuesta y tolerancia variables, dependiendo del estadio y el performance del paciente, cabe resaltar que con ello la paciente está asumiendo la responsabilidad por su decisión en caso de no desear la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Estadiaje y/o control loco regional de la enfermedad, y mejorar la calidad de vida de la paciente. En caso que lo requiera, la colocación de drenes.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión del cáncer de mama, tanto a nivel loco regional como a distancia., con mayor morbi-mortalidad relacionada al cáncer de mama y sus complicaciones.

### Riesgos reales y potenciales:

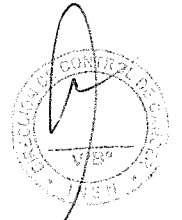
Las complicaciones pueden presentarse hasta en un 15% aproximadamente, pudiéndose presentar: hematoma, sangrado, dehiscencia de sutura, necrosis de tejidos, fiebre, infección de herida operatoria, infección respiratoria, trombotosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, lesión del tejido nervioso, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), linfedema (acúmulo de linfa), paro cardíaco y muerte. Salida de dren y/u obstrucción del mismo (en caso que lo amerite); en aquellas pacientes que tienden a realizar cicatriz queloide pueden presentarlo en el sitio operatorio; y Adherencia Cicatricial (Síndrome Axillary-Web) que es un síndrome que se manifiesta con dolor irradiado en brazo ipsilateral tras la intervención quirúrgica y con presencia de cordones subcutáneos visibles y palpables.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Azul patente: tinción de la piel, de orina y de las heces, reacción anafiláctica (<1%).
- Antibióticos: náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal; fatiga; hepatitis transitoria, ictericia; anafilaxia, reacciones alérgicas, urticaria, edema angioneurótico; eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica; mareos, dolor de cabeza; alucinaciones; erupción cutánea, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrosis epidérmica tóxica; nefritis intersticial; colitis pseudomembranosa; prurito genital y anal, vaginitis, moniliasis vaginal.
- Analgésicos/Antiinflamatorios: Sinusitis, infección del tracto respiratorio superior, infección del tracto urinario; empeoramiento de la alergia; insomnio; mareo, hipertonía; infarto agudo de miocardio; hipertensión arterial; faringitis, rinitis, tos, disnea; dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, vómito, disfgia; erupción, prurito; síntomas de tipo gripal, edema periférico/retención de líquidos

Pronóstico: Bueno ( )

Reservado ( )





Recomendaciones: Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Drenes (en caso de proceder a la disección radical de axila): que en el dren presente sangre rojo rutilante...
B. Hematoma, dolor intenso que no calma con el uso de analgésicos.
C. Enrojecimiento del sitio operatorio, fiebre.
D. Falta de aire, mareos, náuseas y/o vómitos, palpitaciones, palidez.
E. Dehiscencia de la sutura.

Acudir a la institución inmediatamente, para la evaluación respectiva.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. de años de edad, con domicilio en; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: con número de Historia Clínica N° con el Diagnóstico: Declaro: Que el Médico: con CMP N° me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA AXILAR + PROBABLE DISECCIÓN RADICAL DE AXILA

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

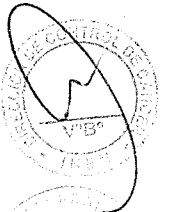
FECHA: / / HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:



REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en; con DNI N° en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: / / HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:





PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DISECCIÓN RADICAL DE AXILA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Disección Radical de Axila: Consiste en extraer de los grupos ganglionares axilares del mismo lado del cáncer de mama (ipsilaterales), con preservación del paquete vasculo-nervioso del dorsal y del nervio torácico.

### Objetivo:

Curar la enfermedad a nivel regional y/o paliar síntomas, y mejorar la calidad de vida del paciente, evitando la extensión de la enfermedad a los tejidos adyacentes y a distancia.

### Alternativas:

Los médicos han evaluado las opciones de tratamiento, recomendándole la mejor alternativa que es la cirugía; en caso de rechazar dicho procedimiento, puede incluir la quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia, con tasas de respuesta y tolerancia variables, dependiendo del estadio y el performance del paciente, cabe resaltar que con ello la paciente está asumiendo la responsabilidad por su decisión en caso de no desear la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Eliminar y/o tener control loco regional de la enfermedad, y mejorar la calidad de vida de la paciente.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión del cáncer de mama, tanto a nivel loco regional como a distancia., con mayor morbi-mortalidad relacionada al cáncer de mama y sus complicaciones.

### Riesgos reales y potenciales:

Las complicaciones pueden presentarse hasta en un 15% aproximadamente, pudiéndose presentar: hematoma, sangrado, dehiscencia de sutura, necrosis de tejidos, fiebre, infección de herida operatoria, infección respiratoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, lesión del tejido nervioso, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), linfedema (acúmulo de linfa), paro cardíaco y muerte. Salida de dren y/u obstrucción del mismo (en caso que lo amerite); en aquellas pacientes que tienden a realizar cicatriz queloides pueden presentarlo en el sitio operatorio; y Adherencia Cicatricial (Síndrome Axillary-Web) que es un síndrome que se manifiesta con dolor irradiado en brazo ipsilateral tras la intervención quirúrgica y con presencia de cordones subcutáneos visibles y palpables.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal; fatiga; hepatitis transitoria, ictericia; anafilaxia, reacciones alérgicas, urticaria, edema angioneurótico; eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica; mareos, dolor de cabeza; alucinaciones; erupción cutánea, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrosis epidérmica tóxica; nefritis intersticial; colitis pseudomembranosa; prurito genital y anal, vaginitis, moniliasis vaginal.
- Analgésicos/Antiinflamatorios: Sinusitis, infección del tracto respiratorio superior, infección del tracto urinario; empeoramiento de la alergia; insomnio; mareo, hipertensión; infarto agudo de miocardio; hipertensión arterial; faringitis, rinitis, tos, disnea; dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, vómito, disfgia; erupción, prurito; síntomas de tipo gripal, edema periférico/retención de líquidos

Pronóstico: Bueno ( )

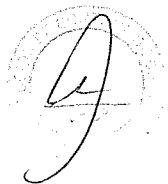
Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Drenes: que en el dren presente sangre rojo rutilante, aumento de secreción por el drenaje (que llene el recipiente de almacenamiento en poco tiempo, menos de 2 a 6 horas aproximadamente), este obstruido y que condicione la formación hematoma (aumento de volumen en el sitio operatorio por acumulo de sangre), y que el dren se salga del sitio de fijación.
- Hematoma, dolor intenso que no calma con el uso de analgésicos.
- Enrojecimiento del sitio operatorio, fiebre.
- Falta de aire, mareos, náuseas y/o vómitos, palpaciones, palidez.
- Dehiscencia de la sutura.

Acudir a la institución inmediatamente, para la evaluación respectiva.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ....., con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

DISECCIÓN RADICAL DE AXILA

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

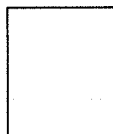
Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

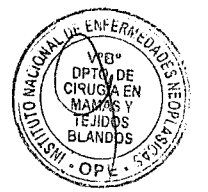
FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....





PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO TUMORECTOMIA/CUADRANTECTOMIA DE MAMA (NEOPLASIA MALIGNA)

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN; "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Tumorectomía/Cuadrantectomía de Mama: Consiste en extraer la tumoración de la mama con márgenes adecuados.

### Objetivo:

Curar la enfermedad de base y/o paliar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente, evitando la extensión de la enfermedad a los tejidos adyacentes y a distancia.

### Alternativas:

Los médicos han evaluado las opciones de tratamiento, recomendándole la mejor alternativa que es la cirugía; en caso de rechazar dicho procedimiento, puede incluir la quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia, con tasas de respuesta y tolerancia variables, dependiendo del estadio y el performance del paciente, cabe resaltar que con ello la paciente está asumiendo la responsabilidad por su decisión en caso de no desear la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Eliminar el cáncer de mama, control local de la enfermedad, y mejorar la calidad de vida de la paciente.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión del cáncer de mama, tanto a nivel loco regional como a distancia., con mayor morbi-mortalidad relacionada al cáncer de mama y sus complicaciones.

### Riesgos reales y potenciales:

Las complicaciones pueden presentarse hasta en un 15% aproximadamente, siendo: hematoma, sangrado, dehiscencia de sutura, necrosis de tejidos, fiebre, infección de herida operatoria, infección respiratoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, lesión del tejido nervioso, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), linfedema (acúmulo de linfa), paro cardíaco y muerte. Así mismo, en aquellas pacientes que tienden a realizar cicatriz queloides pueden presentarlo en el sitio operatorio, asimetría de la mama, disminución del volumen mamario, trastornos de la sensibilidad.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal; fatiga; hepatitis transitoria, ictericia; anafilaxia, reacciones alérgicas, urticaria, edema angioneurótico; eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica; mareos, dolor de cabeza; alucinaciones; erupción cutánea, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrosis epidérmica tóxica; nefritis intersticial; colitis pseudomembranosa; prurito genital y anal, vaginitis, moniliasis vaginal.
- Analgésicos/Antiinflamatorios: Sinusitis, infección del tracto respiratorio superior, infección del tracto urinario; empeoramiento de la alergia; insomnio; mareo, hipertonía; infarto agudo de miocardio; hipertensión; faringitis, rinitis, tos, disnea; dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, vómito, disfagia; erupción, prurito; síntomas de tipo gripal, edema periférico/retención de líquidos

Pronóstico: Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Hematoma (aumento de volumen del sitio operatorio por la formación de sangre acumulada), dolor intenso que no calma con el uso de analgésicos.
- Enrojecimiento del sitio operatorio, fiebre.
- Falta de aire, mareos, náuseas y/o vómitos, palpitations, palidez.
- Dehiscencia de la sutura.

Acudir a la institución inmediatamente, para la evaluación respectiva.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..., con número de Historia Clínica N° ..., con el Diagnóstico: ...
Declaro:
Que el Médico: ... con CMP N° ..., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

TUMORECTOMIA/CUADRANTECTOMIA DE MAMA

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...



REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ..., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de ...

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

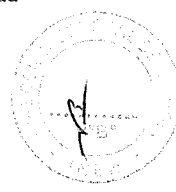
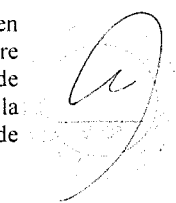
FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...







PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO TUMORECTOMIA DE MAMA (NEOPLASIA BENIGNA)

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Tumorectomía/Cuadrantectomía de Mama: Consiste en extraer la tumoración de la mama con márgenes mínimos.

### Objetivo:

Curar la enfermedad de base y/o paliar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente.

### Alternativas:

Los médicos han evaluado las opciones de tratamiento, recomendándole la mejor alternativa que es la cirugía; en caso de rechazar dicho procedimiento, la paciente está asumiendo la responsabilidad y las consecuencias en el futuro de su decisión en caso de no desear la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Eliminar y controlar localmente la enfermedad, y mejorar la calidad de vida de la paciente.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta el riesgo que la enfermedad siga progresando y condicione asimetría y deformidad de la mama posteriormente.

### Riesgos reales y potenciales:

Las complicaciones pueden presentarse hasta en un 15% aproximadamente, siendo: hematoma, sangrado, dehiscencia de sutura, necrosis de tejidos, fiebre, infección de herida operatoria, infección respiratoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, lesión del tejido nervioso, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), linfedema (acúmulo de linfa), paro cardíaco y muerte. Así mismo, en aquellas pacientes que tienden a realizar cicatriz queloide pueden presentarlo en el sitio operatorio, asimetría de la mama, disminución del volumen mamario, trastornos de la sensibilidad.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal; fatiga; hepatitis transitoria, ictericia; anafilaxia, reacciones alérgicas, urticaria, edema angioneurótico; eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica; mareos, dolor de cabeza; alucinaciones; erupción cutánea, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrosis epidérmica tóxica; nefritis intersticial; colitis pseudomembranosa; prurito genital y anal, vaginitis, moniliasis vaginal.
- Analgésicos/Antiinflamatorios: Sinusitis, infección del tracto respiratorio superior, infección del tracto urinario; empeoramiento de la alergia; insomnio; mareo, hipertonía; infarto agudo de miocardio; hipertensión; faringitis, rinitis, tos, disnea; dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, vómito, disfagia; erupción, prurito; síntomas de tipo gripal, edema periférico/retención de líquidos

Pronóstico: Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Hematoma (aumento de volumen del sitio operatorio por la formación de sangre acumulada), dolor intenso que no calma con el uso de analgésicos.
- Enrojecimiento del sitio operatorio, fiebre.
- Falta de aire, mareos, náuseas y/o vómitos, palpitaciones, palidez.
- Dehiscencia de la sutura.

Acudir a la institución inmediatamente, para la evaluación respectiva.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ... con número de Historia Clínica N° ... con el Diagnóstico: ...

Declaro:

Que el Médico: ... con CMP N° ... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

TUMORECTOMIA DE MAMA (NEOPLASIA BENIGNA)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...



REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

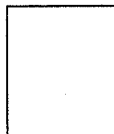
Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de ...

(Revocar la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

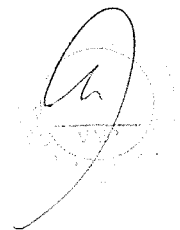
FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...





PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO RESECCIÓN DE LESIONES NO PALPABLES GUIADA POR IMÁGENES

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Resección de lesiones no palpables en mama guiada por imágenes: Consiste en extraer la lesión de la mama que no es palpable, guiada por imágenes (ya sea localiza por ecografía (lesión vista por este método) o colocación de aguja de Hawkins (permitirá localizar las microcalcificaciones que solo se visualiza en la mamografía), dichos procedimientos lo realizará el Dpto. de Radiodiagnóstico, previa a la cirugía, dichas muestras se enviará al Dpto. de Anatomopatológica para su estudio, cabe resaltar que en el caso de la resección de microcalcificaciones, la pieza operatoria, tendrán un control mamográfico durante la cirugía, que se realizará por el Dpto. de Radiodiagnóstico.

### Objetivo:

Curar la enfermedad de base y/o paliar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente.

### Alternativas:

Los médicos han evaluado las opciones de tratamiento, recomendándole la mejor alternativa que es la cirugía; en caso de rechazar dicho procedimiento, la paciente está asumiendo la responsabilidad y las consecuencias en el futuro de su decisión en caso de no desear la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Eliminar y controlar localmente la enfermedad, y mejorar la calidad de vida de la paciente.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta el riesgo que la enfermedad siga progresando y condicione asimetría y deformidad de la mama posteriormente.

### Riesgos reales y potenciales:

Las complicaciones pueden presentarse hasta en un 15% aproximadamente, siendo: hematoma, sangrado, dehiscencia de sutura, necrosis de tejidos, fiebre, infección de herida operatoria, infección respiratoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, lesión del tejido nervioso, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), linfedema (acúmulo de linfa), paro cardíaco y muerte. Así mismo, en aquellas pacientes que tienden a realizar cicatriz queloides pueden presentarlo en el sitio operatorio, asimetría de la mama, disminución del volumen mamario, trastornos de la sensibilidad.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal; fatiga; hepatitis transitoria, ictericia; anafilaxia, reacciones alérgicas, urticaria, edema angioneurótico; eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica; mareos, dolor de cabeza; alucinaciones; erupción cutánea, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrosis epidérmica tóxica; nefritis intersticial; colitis pseudomembranosa; prurito genital y anal, vaginitis, moniliasis vaginal.
- Analgésicos/Antiinflamatorios: Sinusitis, infección del tracto respiratorio superior, infección del tracto urinario; empeoramiento de la alergia; insomnio; mareo, hipertensión; infarto agudo de miocardio; hipertensión; faringitis, rinitis, tos, disnea; dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, vómito, disfagia; erupción, prurito; síntomas de tipo gripal, edema periférico/retención de líquidos

**Pronóstico:** Bueno ( )

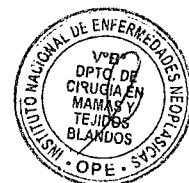
Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- E. Hematoma (aumento de volumen del sitio operatorio por la formación de sangre acumulada), dolor intenso que no calma con el uso de analgésicos.
- F. Enrojecimiento del sitio operatorio, fiebre.
- G. Falta de aire, mareos, náuseas y/o vómitos, palpitaciones, palidez.
- H. Dehiscencia de la sutura.

Acudir a la institución inmediatamente, para la evaluación respectiva.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ... con número de Historia Clínica N° ..., con el Diagnóstico: ...

Declaro:

Que el Médico: ... con CMP N° ..., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

TUMORECTOMIA DE MAMA (NEOPLASIA BENIGNA)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 6. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
7. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
8. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
9. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
10. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...



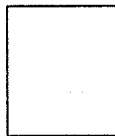
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ..., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de ...

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...





PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO RESECCIÓN LOCAL AMPLIA (PIEL)

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Resección Local Amplia: Consiste en extraer la lesión de la piel con márgenes adecuados.

### Objetivo:

Curar la enfermedad de base y/o paliar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente, evitando la extensión de la enfermedad a los tejidos adyacentes y a distancia.

### Alternativas:

Los médicos han evaluado las opciones de tratamiento, recomendándole la mejor alternativa que es la cirugía; en caso de rechazar dicho procedimiento, puede incluir la quimioterapia y/o radioterapia, con tasas de respuesta y tolerancia variables, dependiendo del estadio y el performance del paciente, cabe resaltar que con ello, el/la paciente está asumiendo la responsabilidad por su decisión en caso de no desear la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Eliminar el cáncer en la piel, mejorar la calidad de vida del paciente y disminuir el riesgo de recurrencia tanto loco regional y a distancia.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión del cáncer de piel, tanto loco regional como a distancia; así mismo, la morbi-mortalidad de la enfermedad de fondo.

### Riesgos reales y potenciales:

Las complicaciones pueden presentar en el 15% de los casos, presentado: sangrado, fiebre, infección de herida operatoria, infección respiratoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, lesión del tejido nervioso, trastorno de la sensibilidad, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), paro cardíaco e incluso fallecimiento. Así mismo, en aquellas pacientes que tienden a realizar cicatriz queloides pueden presentarlo en el sitio operatorio.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal; fatiga; hepatitis transitoria, ictericia; anafilaxia, reacciones alérgicas, urticaria, edema angioneurótico; eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica; mareos, dolor de cabeza; alucinaciones; erupción cutánea, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrosis epidérmica tóxica; nefritis intersticial; colitis pseudomembranosa; prurito genital y anal, vaginitis, moniliasis vaginal.
- Analgésicos/Antiinflamatorios: Sinusitis, infección del tracto respiratorio superior, infección del tracto urinario; empeoramiento de la alergia; insomnio; mareo, hipertensión; infarto agudo de miocardio; hipertensión arterial; faringitis, rinitis, tos, disnea; dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, vómito, disfagia; erupción, prurito; síntomas de tipo gripal, edema periférico/retención de líquidos

Pronóstico: Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Hematoma (aumento de volumen en el sitio operatorio por sangre acumulada), dolor intenso que no calma con el uso de analgésicos.
- Enrojecimiento del sitio operatorio, fiebre.
- Falta de aire, mareos, náuseas y/o vómitos, palpitaciones, palidez.
- Dehiscencia de la sutura.

Acudir a la institución inmediatamente, para la evaluación respectiva.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ....., con número de Historia Clínica N° ....., con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

**RESECCION LOCAL AMPLIA (PIEL)**

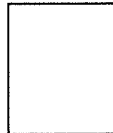
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal  
Nombre y Apellidos: .....  
DNI N°: .....



Huella Digital  
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado  
Nombre y Apellidos: .....  
CMP N°: ..... RNE N°: .....

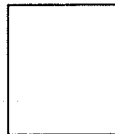
**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido **Revocar el Consentimiento firmado en fecha** ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido **NO AUTORIZAR** la realización de .....

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

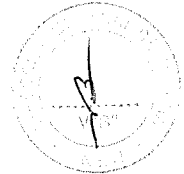
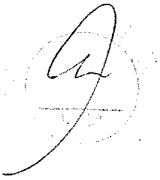
FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal  
Nombre y Apellidos: .....  
DNI N°: .....



Huella Digital  
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado  
Nombre y Apellidos: .....  
CMP N°: ..... RNE N°: .....





PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO RESECCIÓN LOCAL (PIEL)

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Resección Local: Consiste en extraer la lesión de la piel con márgenes mínimos.

### Objetivo:

Curar la enfermedad de base y/o paliar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente.

### Alternativas:

Los médicos han evaluado las opciones de tratamiento, recomendándole la mejor alternativa que es la cirugía; en caso de rechazar dicho procedimiento, puede incluir la quimioterapia y/o radioterapia, con tasas de respuesta y tolerancia variables, dependiendo del estadio y el performance del paciente, cabe resaltar que con ello, el/la paciente está asumiendo la responsabilidad por su decisión en caso de no desear la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Eliminar la enfermedad de fondo, mejorar la calidad de vida del paciente y disminuir el riesgo de recurrencia tanto loco regional y a distancia.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión del cáncer de piel, tanto loco regional como a distancia.

### Riesgos reales y potenciales:

Las complicaciones pueden presentar en el 15% de los casos, presentado: sangrado, fiebre, infección de herida operatoria, infección respiratoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, lesión del tejido nervioso, trastorno de la sensibilidad, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), paro cardíaco e incluso fallecimiento. Así mismo, en aquellas pacientes que tienden a realizar cicatriz queloides pueden presentarlo en el sitio operatorio.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal; fatiga; hepatitis transitoria, ictericia; anafilaxia, reacciones alérgicas, urticaria, edema angioneurótico; eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica; mareos, dolor de cabeza; alucinaciones; erupción cutánea, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrosis epidérmica tóxica; nefritis intersticial; colitis pseudomembranosa; prurito genital y anal, vaginitis, moniliasis vaginal.
- Analgésicos/Antiinflamatorios: Sinusitis, infección del tracto respiratorio superior, infección del tracto urinario; empeoramiento de la alergia; insomnio; mareo, hipertensión; infarto agudo de miocardio; hipertensión arterial; faringitis, rinitis, tos, disnea; dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, vómito, disfagia; erupción, prurito; síntomas de tipo gripal, edema periférico/retención de líquidos

Pronóstico: Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Hematoma (aumento de volumen en el sitio operatorio por sangre acumulada), dolor intenso que no calma con el uso de analgésicos.
- Enrojecimiento del sitio operatorio, fiebre.
- Falta de aire, mareos, náuseas y/o vómitos, palpitaciones, palidez.
- Dehiscencia de la sutura.

Acudir a la institución inmediatamente, para la evaluación respectiva.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ....., con número de Historia Clínica N° ....., con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

RESECCION LOCAL (PIEL)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

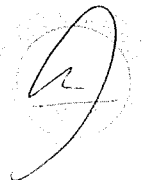
FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....







PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA AXILAR / INGUINAL (CÁNCER DE PIEL)

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Biopsia de Ganglio Centinela Axilar / Inguinal: Consiste en que un día antes se le realizará la linfografía y previo al inicio de la cirugía se aplicará adyacente a la enfermedad una inyección de azul patente, que en combinación con ambos métodos, nos permitirá identificar y extraer el/los ganglio(s) centinela(s) axilar(es)/inguinal(es), para realizar el estadiaje de la enfermedad, dichas muestras se enviará al Dpto. de Anatomopatológica para estudio completo en parafina, que es un estudio más detallado de las muestras obtenidas en la cirugía, y que no se realizan en el intraoperatorio; de ser positivo la disección radical de axilar / la disección inguinocrural se realizará posteriormente, de ser negativo dicho resultado no se realizará ningún procedimiento quirúrgico.

### Objetivo:

Estadificar la enfermedad de fondo, identificar en el/los ganglio(s) centinela(s), los cuales se enviará al Dpto. de Anatomopatológica, para realizar estudio completo de ganglio centinela, con la finalidad de conocer si posteriormente la disección radical de axila/disección inguinocrural es factible (de salir positivo en esta evaluación) o no, según corresponda.

### Alternativas:

Los médicos han evaluado las opciones de tratamiento, recomendándole la mejor alternativa que es la cirugía; en caso de rechazar dicho procedimiento, puede incluir la quimioterapia y/o radioterapia, con tasas de respuesta y tolerancia variables, dependiendo del estadio y el performance del paciente, cabe resaltar que con ello, el/la paciente está asumiendo la responsabilidad por su decisión en caso de no desear la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Estadaje y/o control loco regional de la enfermedad, y mejorar la calidad de vida del paciente.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión de la enfermedad de fondo, tanto a nivel loco regional como a distancia., con mayor morbi-mortalidad relacionada a ella y sus complicaciones.

### Riesgos reales y potenciales:

Las complicaciones pueden presentar en el 15% de los casos, presentado: hematoma, sangrado, dehiscencia de sutura, necrosis de tejidos, fiebre, infección de herida operatoria, infección respiratoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, lesión del tejido nervioso, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), linfedema (acúmulo de linfa), paro cardíaco y muerte. Así mismo, en aquellas pacientes que tienden a realizar cicatriz queloides pueden presentarlo en el sitio operatorio.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Azul patente: tinción de la piel, de orina y de las heces, reacción anafiláctica (<1%).
- Antibióticos: náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal; fatiga; hepatitis transitoria, ictericia; anafilaxia, reacciones alérgicas, urticaria, edema angioneurótico; eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica; mareos, dolor de cabeza; alucinaciones; erupción cutánea, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrosis epidérmica tóxica; nefritis intersticial; colitis pseudomembranosa; prurito genital y anal, vaginitis, moniliasis vaginal.
- Analgésicos/Antiinflamatorios: Sinusitis, infección del tracto respiratorio superior, infección del tracto urinario; empeoramiento de la alergia; insomnio; mareo, hipertonía; infarto agudo de miocardio; hipertensión arterial; faringitis, rinitis, tos, disnea; dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, vómito, disfagia; erupción, prurito; síntomas de tipo gripal, edema periférico/retención de líquidos

Pronóstico: Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Hematoma (aumento de volumen en el sitio operatorio por sangre acumulada), dolor intenso que no calma con el uso de analgésicos.
- Falta de aire, mareos, náuseas y/o vómitos, palpitaciones, palidez.
- Enrojecimiento del sitio operatorio, fiebre.
- Dehiscencia de la sutura.

Acudir a la institución inmediatamente, para la evaluación respectiva.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ....., con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA AXILAR / INGUINAL

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

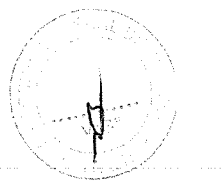
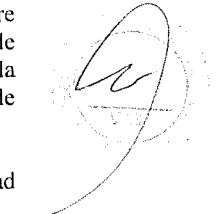
FECHA: ..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....





PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DISECCIÓN INGUINFEMORAL (CÁNCER DE PIEL)

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Dissección Inguinofemoral: Consiste en la extracción los ganglios linfáticos inguinofemorales del mismo de la región del cuerpo que presenta cáncer de piel (ipsilaterales).

### Objetivo:

Curar y eliminar la enfermedad loco regional y evitar que se extienda a otras partes del cuerpo, y/o paliar síntomas de la enfermedad de fondo.

### Alternativas:

Los médicos han evaluado las opciones de tratamiento, recomendándole la mejor alternativa que es la cirugía; en caso de rechazar dicho procedimiento, puede incluir la quimioterapia y/o radioterapia, con tasas de respuesta y tolerancia variables, dependiendo del estadio y el performance del paciente, cabe resaltar que con ello, el/la paciente está asumiendo la responsabilidad por su decisión en caso de no desear la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Eliminar el cáncer de piel, mejorar la calidad de vida del paciente aliviando los síntomas del cáncer avanzado.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión del cáncer de piel, con mayor morbi-mortalidad de la enfermedad de fondo y sus complicaciones.

### Riesgos reales y potenciales:

Las complicaciones pueden presentar en el 15% de los casos, presentado: hematoma, sangrado, dehiscencia de sutura (14%), necrosis de tejidos, fiebre, infección de herida operatoria, infección respiratoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, lesión del tejido nervioso, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), linfedema (acúmulo de linfa), paro cardíaco y muerte. Así mismo, la salida de dren y/u obstrucción del mismo; en aquellas pacientes que tienden a realizar cicatriz queloide pueden presentarlo en el sitio operatorio.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal; fatiga; hepatitis transitoria, ictericia; anafilaxia, reacciones alérgicas, urticaria, edema angioneurótico; eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica; mareos, dolor de cabeza; alucinaciones; erupción cutánea, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrosis epidérmica tóxica; nefritis intersticial; colitis pseudomembranosa; prurito genital y anal, vaginitis, moniliasis vaginal.
- Analgésicos/Antiinflamatorios: Sinusitis, infección del tracto respiratorio superior, infección del tracto urinario; empeoramiento de la alergia; insomnio; mareo, hipertonia; infarto agudo de miocardio; hipertensión arterial; faringitis, rinitis, tos, disnea; dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, vómito, disfagia; erupción, prurito; síntomas de tipo gripal, edema periférico/retención de líquidos

Pronóstico: Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Drenes: que en el dren presente sangre rojo rutilante, aumento de secreción por el drenaje (que llene el recipiente de almacenamiento en poco tiempo, menos de 2 a 6 horas aproximadamente), este obstruido y que condicione la formación hematoma (aumento de volumen en el sitio operatorio por acumulo de sangre), y que el dren se salga del sitio de fijación.
- Hematoma, dolor intenso que no calma con el uso de analgésicos.
- Enrojecimiento del sitio operatorio, fiebre.
- Falta de aire, mareos, náuseas y/o vómitos, palpaciones, palidez.
- Dehiscencia de la sutura

Acudir a la institución inmediatamente, para la evaluación respectiva.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

DISECCIÓN INGUINOFEMORAL

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

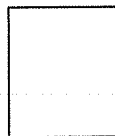
Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

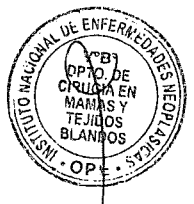
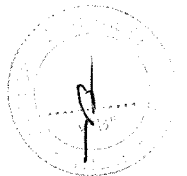
FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....





PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DISECCIÓN INGUINOFEMORAL VIDEO ASISTIDA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Disección Inguinofemoral Video Asistida: Consiste en extraer los ganglios linfáticos inguino-femorales del mismo lado de la región del cuerpo que presenta cáncer de piel (ipsilaterales) mediante video asistida, realizándose mínimas incisiones para la colocación de trocates, que permitirá ingresar instrumentos y la cámara de aumento, para dicho procedimiento, utilizándose dióxido carbono a presión de 15mmHg, para generar el campo a trabajar, previa disección roma del plano superficial.

### Objetivo:

Curar y eliminar la enfermedad loco regional y evitar que se extienda a otras partes del cuerpo, y/o paliar síntomas de la enfermedad de fondo.

### Alternativas:

Los médicos han evaluado las opciones de tratamiento, recomendándole la mejor alternativa que es la cirugía; en caso de rechazar dicho procedimiento, puede incluir la quimioterapia y/o radioterapia, con tasas de respuesta y tolerancia variables, dependiendo del estadio y el performance del paciente, cabe resaltar que con ello, el/la paciente está asumiendo la responsabilidad por su decisión en caso de no desear la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Eliminar el cáncer de piel, mejorar la calidad de vida del paciente aliviando los síntomas del cáncer avanzado.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión del cáncer de piel, con mayor morbi-mortalidad de la enfermedad de fondo y sus complicaciones.

### Riesgos reales y potenciales:

Las complicaciones pueden presentar en el 15% de los casos, presentado: hematoma, sangrado, dehiscencia de sutura (menos del 5%), necrosis de tejidos, fiebre, infección de herida operatoria, enfisema subcutáneo, infección respiratoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, lesión del tejido nervioso, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), linfedema (acúmulo de linfa), paro cardíaco y muerte. Salida de dren y/u obstrucción del mismo; en aquellas pacientes que tienden a realizar cicatriz que loide pueden presentarlo en el sitio operatorio, así también, puede tener tiempo operatorio prolongado dado el espacio que se está operado es pequeño.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal; fatiga; hepatitis transitoria, ictericia; anafilaxia, reacciones alérgicas, urticaria, edema angioneurótico; eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica; mareos, dolor de cabeza; alucinaciones; erupción cutánea, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrolisis epidérmica tóxica; nefritis intersticial; colitis pseudomembranosa; prurito genital y anal, vaginitis, moniliasis vaginal.
- Analgésicos/Antiinflamatorios: Sinusitis, infección del tracto respiratorio superior, infección del tracto urinario; empeoramiento de la alergia; insomnio; mareo, hipertonia; infarto agudo de miocardio; hipertensión arterial; faringitis, rinitis, tos, disnea; dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, vómito, disfagia; erupción, prurito; síntomas de tipo gripal, edema periférico/retención de líquidos

Pronóstico: Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Drenes: que en el dren presente sangre rojo rutilante, aumento de secreción por el drenaje (que llene el recipiente de almacenamiento en poco tiempo, menos de 2 a 6 horas aproximadamente), este obstruido y que condicione la formación hematoma (aumento de volumen en el sitio operatorio por acumulo de sangre), y que el dren se salga del sitio de fijación.
- Hematoma, dolor intenso que no calma con el uso de analgésicos.
- Enrojecimiento del sitio operatorio, fiebre.
- Falta de aire, mareos, náuseas y/o vómitos, palpitaciones, palidez.
- Dehiscencia de la sutura

Acudir a la institución inmediatamente, para la evaluación respectiva.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo St/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ....., con número de Historia Clínica N° ....., con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de.

DISECCIÓN INGUINOFEMORAL VIDEO ASISTIDA

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

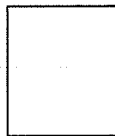
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

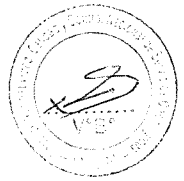
FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....





PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DISECCIÓN ILIACA VIDEO ASISTIDA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Disección Iliaca Video Asistida: Consiste en extraer los ganglios linfáticos iliacos del mismo lado de la región del cuerpo que presenta cáncer de piel (ipsilaterales), mediante video asistida.

### Objetivo:

Curar y eliminar la enfermedad loco regional y evitar que se extienda a otras partes del cuerpo, y/o paliar síntomas de la enfermedad de fondo.

### Alternativas:

Los médicos han evaluado las opciones de tratamiento, recomendándole la mejor alternativa que es la cirugía; en caso de rechazar dicho procedimiento, puede incluir la quimioterapia y/o radioterapia, con tasas de respuesta y tolerancia variables, dependiendo del estadio y el performance del paciente, cabe resaltar que con ello, el/la paciente está asumiendo la responsabilidad por su decisión en caso de no desear la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Eliminar el cáncer de piel, mejorar la calidad de vida de la paciente aliviando los síntomas del cáncer avanzado.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión del cáncer de piel, con mayor morbi-mortalidad de la enfermedad de fondo y sus complicaciones.

### Riesgos reales y potenciales:

Las complicaciones pueden presentar en el 15% de los casos, presentado: hematoma, sangrado, dehiscencia de sutura, necrosis de tejidos, fiebre, infección de herida operatoria, enfisema subcutáneo, infección respiratoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, lesión del tejido nervioso, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), linfedema (acúmulo de linfa), paro cardíaco y muerte. Salida de dren y/u obstrucción del mismo; en aquellas pacientes que tienden a realizar cicatriz queloide pueden presentarlo en el sitio operatorio.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal; fatiga; hepatitis transitoria, ictericia; anafilaxia, reacciones alérgicas, urticaria, edema angioneurótico; eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica; mareos, dolor de cabeza; alucinaciones; erupción cutánea, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrosis epidérmica tóxica; nefritis intersticial; colitis pseudomembranosa; prurito genital y anal, vaginitis, moniliasis vaginal.
- Analgésicos/Antiinflamatorios: Sinusitis, infección del tracto respiratorio superior, infección del tracto urinario; empeoramiento de la alergia; insomnio; mareo, hipertonía; infarto agudo de miocardio; hipertensión arterial; faringitis, rinitis, tos, disnea; dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, vómito, disfagia; erupción, prurito; síntomas de tipo gripal, edema periférico/retención de líquidos

Pronóstico: Bueno ( )

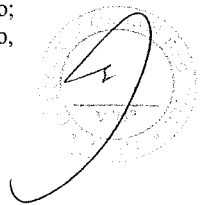
Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Drenes: que en el dren presente sangre rojo rutilante, aumento de secreción por el drenaje (que llene el recipiente de almacenamiento en poco tiempo, menos de 2 a 6 horas aproximadamente), este obstruido y que condicione la formación hematoma (aumento de volumen en el sitio operatorio por acumulo de sangre), y que el dren se salga del sitio de fijación.
- Hematoma, dolor intenso que no calma con el uso de analgésicos.
- Enrojecimiento del sitio operatorio, fiebre.
- Falta de aire, mareos, náuseas y/o vómitos, palpitaciones, palidez.
- Dehiscencia de la sutura

Acudir a la institución inmediatamente, para la evaluación respectiva.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ....., con número de Historia Clínica N° ....., con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

**DISECCIÓN ILIACA VIDEO ASISTIDA**

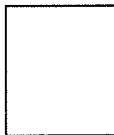
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
- 2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
- 3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
- 4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
- 5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal  
Nombre y Apellidos: .....  
DNI N°: .....



Huella Digital  
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado  
Nombre y Apellidos: .....  
CMP N°: ..... RNE N°: .....

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:**

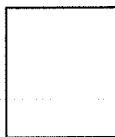
Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N° ....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido **Revocar el Consentimiento firmado en fecha** ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido **NO AUTORIZAR** la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

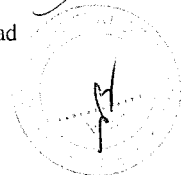
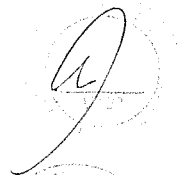
FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal  
Nombre y Apellidos: .....  
DNI N°: .....



Huella Digital  
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado  
Nombre y Apellidos: .....  
CMP N°: ..... RNE N°: .....







PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO AMPUTACIÓN PARCIAL / TOTAL (FALANGES) DE DEDOS

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Amputación Parcial / Total (Falanges) de Dedos: Consiste en extraer la(s) falange(s) que contengan la lesión, con margen adecuado.

### Objetivo:

Curar y eliminar la enfermedad loco regional y evitar que se extienda a otras partes del cuerpo, y/o paliar síntomas de la enfermedad de fondo.

### Alternativas:

Los médicos han evaluado las opciones de tratamiento, recomendándole la mejor alternativa que es la cirugía; en caso de rechazar dicho procedimiento, puede incluir la quimioterapia y/o radioterapia, con tasas de respuesta y tolerancia variables, dependiendo del estadio y el performance del paciente, cabe resaltar que con ello, el/la paciente está asumiendo la responsabilidad por su decisión en caso de no desear la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Eliminar el cáncer de piel, mejorar la calidad de vida de la paciente aliviando los síntomas del cáncer avanzado.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión de la enfermedad de fondo, con mayor morbi-mortalidad y sus complicaciones.

### Riesgos reales y potenciales:

Las complicaciones pueden presentar en el 15% de los casos, presentado: hematoma, sangrado, dehiscencia de sutura, necrosis de tejidos, fiebre, infección de herida operatoria, infección respiratoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, lesión del tejido nervioso, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), linfedema (acúmulo de linfa), paro cardíaco y muerte. Así mismo, la salida de dren y/u obstrucción del mismo; en aquellas pacientes que tienden a realizar cicatriz queloides pueden presentarlo en el sitio operatorio.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal; fatiga; hepatitis transitoria, ictericia; anafilaxia, reacciones alérgicas, urticaria, edema angioneurótico; eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica; mareos, dolor de cabeza; alucinaciones; erupción cutánea, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrosis epidérmica tóxica; nefritis intersticial; colitis pseudomembranosa; prurito genital y anal, vaginitis, moniliasis vaginal.
- Analgésicos/Antiinflamatorios: Sinusitis, infección del tracto respiratorio superior, infección del tracto urinario; empeoramiento de la alergia; insomnio; mareo, hipertonía; infarto agudo de miocardio; hipertensión arterial; faringitis, rinitis, tos, disnea; dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, vómito, disfgia; erupción, prurito; síntomas de tipo gripal, edema periférico/retención de líquidos

Pronóstico: Bueno ( )

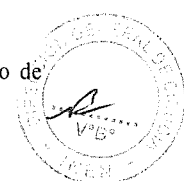
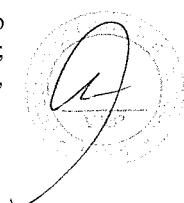
Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Hematoma (aumento del sitio operatorio por acumulo de sangre), dolor intenso que no calma con el uso de analgésicos.
- Falta de aire, mareos, náuseas y/o vómitos, palpitaciones, palidez.
- Enrojecimiento del sitio operatorio, fiebre.
- Dehiscencia del muñón.

Acudir a la institución inmediatamente, para la evaluación respectiva.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ....., con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

AMPUTACIÓN PARCIAL / TOTAL (FALANGES) DE DEDOS

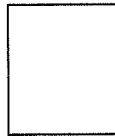
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

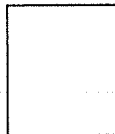
Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Especificar de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

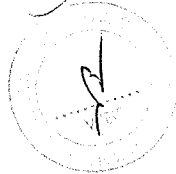
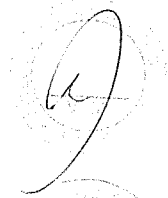
FECHA: ..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....





PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO AMPUTACIÓN (EXTREMIDAD) DE MIEMBRO SUPERIOR / INFERIOR

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Amputación (Extremidad) de Miembro Superior / Inferior: Consiste en extirpar el miembro superior / inferior que contiene la tumoración al nivel adecuado para obtener márgenes libres.

### Objetivo:

Curar y eliminar la enfermedad loco regional y evitar que se extienda a otras partes del cuerpo.

### Alternativas:

Los médicos han evaluado las opciones de tratamiento, recomendándole la mejor alternativa que es la cirugía; en caso de rechazar dicho procedimiento, puede incluir la quimioterapia y/o radioterapia, con tasas de respuesta y tolerancia variables, dependiendo del estadio y el performance del paciente, cabe resaltar que con ello, el/la paciente está asumiendo la responsabilidad por su decisión en caso de no desear la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Eliminar el cáncer de piel, mejorar la calidad de vida de la paciente aliviando los síntomas del cáncer avanzado.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión de la enfermedad de fondo, con mayor morbi-mortalidad y sus complicaciones.

### Riesgos reales y potenciales:

Las complicaciones pueden presentar en el 15% de los casos, presentado: hematoma, sangrado, dehiscencia de sutura, necrosis de tejidos, fiebre, infección de herida operatoria, infección respiratoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, lesión del tejido nervioso, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), linfedema (acúmulo de linfa), paro cardíaco y muerte. Así mismo, la salida de dren y/u obstrucción del mismo; en aquellas pacientes que tienden a realizar cicatriz queloides pueden presentarlo en el sitio operatorio.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal; fatiga; hepatitis transitoria, ictericia; anafilaxia, reacciones alérgicas, urticaria, edema angioneurótico; eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica; mareos, dolor de cabeza; alucinaciones; erupción cutánea, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrosis epidérmica tóxica; nefritis intersticial; colitis pseudomembranosa; prurito genital y anal, vaginitis, moniliasis vaginal.
- Analgésicos/Antiinflamatorios: Sinusitis, infección del tracto respiratorio superior, infección del tracto urinario; empeoramiento de la alergia; insomnio; mareo, hipertonia; infarto agudo de miocardio; hipertensión arterial; faringitis, rinitis, tos, disnea; dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, vómito, disfagia; erupción, prurito; síntomas de tipo gripal, edema periférico/retención de líquidos

Pronóstico: Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Hematoma (aumento de volumen en el sitio operatorio por acumulo de sangre), dolor intenso que no calma con el uso de analgésicos.
- Aumento de volumen en el sitio operatorio
- Falta de aire, mareos, náuseas y/o vómitos, palpitaciones, palidez.
- Enrojecimiento del sitio operatorio, fiebre.
- Dehiscencia del muñón.

Acudir a la institución inmediatamente, para la evaluación respectiva.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..., con número de Historia Clínica N° ..., con el Diagnóstico: ...

Declaro:

Que el Médico: ... con CMP N° ..., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

AMPUTACIÓN (EXTREMIDAD) DE MIEMBRO SUPERIOR / INFERIOR

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

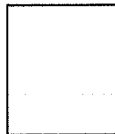
Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ..., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de ...

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

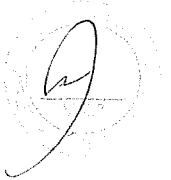
FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...





PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO INJERTO DE PIEL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Injerto de Piel: Consiste en trasladar tejido (piel), de alguna parte del cuerpo (zona dadora), para cobertura del defecto quirúrgico (sitio operatorio - zona receptora).

### Objetivo:

Cubrir el defecto quirúrgico para controlar y prevenir infecciones, así mismo, favorecer la cicatrización de la zona injertada.

### Alternativas:

El mejor manejo es la cirugía, en caso no desear dicho procedimiento, se procederá a curaciones con la intención de cicatrización por segunda intención.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Proteger el defecto quirúrgico con la finalidad de controlar, prevenir infecciones y recibir oportunamente tratamiento complementario en caso este indicado.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta el riesgo de infecciones del sitio operatorio, y la demora de tratamiento complementario si estuviera indicado.

### Riesgos reales y potenciales:

Las complicaciones pueden presentar en el 15% de los casos, presentado: hematoma, sangrado, dehiscencia de sutura, necrosis de tejidos y/o del injerto de piel colocado, fiebre, infección de herida operatoria (tanto de la zona dadora como de la zona receptora), infección respiratoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, paro cardíaco y muerte.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal; fatiga; hepatitis transitoria, ictericia; anafilaxia, reacciones alérgicas, urticaria, edema angioneurótico; eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica; mareos, dolor de cabeza; alucinaciones; erupción cutánea, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrolisis epidérmica tóxica; nefritis intersticial; colitis pseudomembranosa; prurito genital y anal, vaginitis, moniliasis vaginal.
- Analgésicos/Antiinflamatorios: Sinusitis, infección del tracto respiratorio superior, infección del tracto urinario; empeoramiento de la alergia; insomnio; mareo, hipertensión; infarto agudo de miocardio; hipertensión arterial; faringitis, rinitis, tos, disnea; dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, vómito, disfagia; erupción, prurito; síntomas de tipo gripal, edema periférico/retención de líquidos

Pronóstico: Bueno ( )

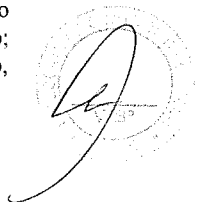
Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Hematoma (aumento de volumen en sitio operatorio por sangre acumulada), dolor intenso que no calma con el uso de analgésicos.
- Aumento de volumen en el sitio operatorio
- Enrojecimiento del sitio operatorio (tanto de la zona dadora como del sitio operatorio).
- Cambio de coloración del injerto de piel, fiebre.

Acudir a la institución inmediatamente, para la evaluación respectiva.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ....., con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de

**INJERTO DE PIEL**

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal  
Nombre y Apellidos: .....  
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado  
Nombre y Apellidos: .....  
CMP N°: ..... RNE N°: .....

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:**

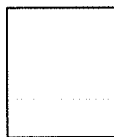
Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido **Revocar el Consentimiento firmado en fecha** ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido **NO AUTORIZAR** la realización de .....

*(Fecha de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)*

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

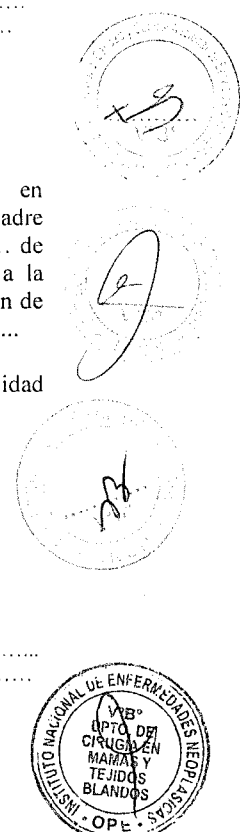
FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal  
Nombre y Apellidos: .....  
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado  
Nombre y Apellidos: .....  
CMP N°: ..... RNE N°: .....





PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO RESECCIÓN LOCAL (PARTES BLANDAS)

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Resección Local: Consiste en extraer la tumoración de partes blandas con márgenes mínimos.

### Objetivo:

Curar la enfermedad de base y/o paliar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente.

### Alternativas:

Los médicos han evaluado las opciones de tratamiento, recomendándole la mejor alternativa que es la cirugía, en caso de la negación al procedimiento, el paciente se hará responsable de las consecuencias a futuro, por no realizarse el procedimiento.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Eliminar el tumor de la partes blandas afectada.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión de la enfermedad de fondo.

### Riesgos reales y potenciales:

Las complicaciones pueden presentar en el 15% de los casos, presentado: hematoma, sangrado, dehiscencia de sutura, necrosis de tejidos, fiebre, infección de herida operatoria, infección respiratoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, lesión del tejido nervioso, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), linfedema (acúmulo de linfa), paro cardíaco y muerte. Así mismo, la salida de dren y/u obstrucción del mismo; en aquellas pacientes que tienden a realizar cicatriz queloides pueden presentarlo en el sitio operatorio.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal; fatiga; hepatitis transitoria, ictericia; anafilaxia, reacciones alérgicas, urticaria, edema angioneurótico; eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica; mareos, dolor de cabeza; alucinaciones; erupción cutánea, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrolisis epidérmica tóxica; nefritis intersticial; colitis pseudomembranosa; prurito genital y anal, vaginitis, moniliasis vaginal.
- Analgésicos/Antiinflamatorios: Sinusitis, infección del tracto respiratorio superior, infección del tracto urinario; empeoramiento de la alergia; insomnio; mareo, hipertensión; infarto agudo de miocardio; hipertensión arterial; faringitis, rinitis, tos, disnea; dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, vómito, disfagia; erupción, prurito; síntomas de tipo gripal, edema periférico/retención de líquidos

Pronóstico: Bueno ( )

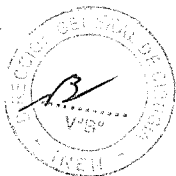
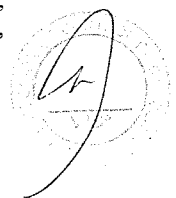
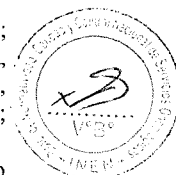
Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Hematoma (aumento de volumen en el sitio operatorio por sangre acumulada), dolor intenso que no calma con el uso de analgésicos.
- Aumento de volumen del sitio operatorio.
- Enrojecimiento del sitio operatorio, fiebre.
- Dehiscencia de la sutura.

Acudir a la institución inmediatamente, para la evaluación respectiva.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ... con número de Historia Clínica N° ..., con el Diagnóstico: ...
Declaro:
Que el Médico: ... con CMP N° ..., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

RESECCIÓN LOCAL (PARTES BLANDAS)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ..., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de ...

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...







PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO RESECCIÓN LOCAL AMPLIA (PARTES BLANDAS)

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Resección Local Amplia: Consiste en extraer la tumoración de partes blandas con márgenes amplios y adecuados.

### Objetivo:

Curar la enfermedad de base y/o paliar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente.

### Alternativas:

Los médicos han evaluado las opciones de tratamiento, recomendándole la mejor alternativa que es la cirugía; en caso de rechazar dicho procedimiento, puede incluir la quimioterapia y/o radioterapia, con tasas de respuesta y tolerancia variables, dependiendo del estadio y el performance del paciente, cabe resaltar que con ello, el/la paciente está asumiendo la responsabilidad por su decisión en caso de no desear la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Eliminar el tumor de partes blandas afectada, y disminuir el riesgo de extensión de la enfermedad de fondo.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión de la enfermedad de fondo, tanto a nivel loco regional como a distancia, con mayor morbi-mortalidad y sus complicaciones.

### Riesgos reales y potenciales:

Las complicaciones pueden presentar en el 15% de los casos, presentado: hematoma, sangrado, dehiscencia de sutura, necrosis de tejidos, fiebre, infección de herida operatoria, infección respiratoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, lesión del tejido nervioso, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), linfedema (acúmulo de linfa), paro cardíaco y muerte. Así mismo, la salida de dren y/u obstrucción del mismo; en aquellas pacientes que tienden a realizar cicatriz queloide pueden presentarlo en el sitio operatorio.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal; fatiga; hepatitis transitoria, ictericia; anafilaxia, reacciones alérgicas, urticaria, edema angioneurótico; eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica; mareos, dolor de cabeza; alucinaciones; erupción cutánea, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrolisis epidérmica tóxica; nefritis intersticial; colitis pseudomembranosa; prurito genital y anal, vaginitis, moniliasis vaginal.
- Analgésicos/Antiinflamatorios: Sinusitis, infección del tracto respiratorio superior, infección del tracto urinario; empeoramiento de la alergia; insomnio; mareo, hipertonia; infarto agudo de miocardio; hipertensión arterial; faringitis, rinitis, tos, disnea; dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, vómito, disfagia; erupción, prurito; síntomas de tipo gripal, edema periférico/retención de líquidos

Pronóstico: Bueno ( )

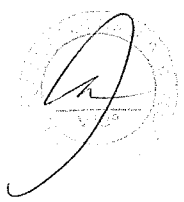
Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Drenes: que en el dren presente sangre rojo rutilante, aumento de secreción por el drenaje (que llene el recipiente de almacenamiento en poco tiempo, menos de 2 a 6 horas aproximadamente), este obstruido y que condicione la formación hematoma (aumento de volumen en el sitio operatorio por acumulo de sangre), y que el dren se salga del sitio de fijación.
- Hematoma, dolor intenso que no calma con el uso de analgésicos.
- Aumento de volumen del sitio operatorio.
- Enrojecimiento del sitio operatorio, fiebre.
- Falta de aire, mareos, náuseas y/o vómitos, palpitaciones, palidez.
- Dehiscencia de la sutura.

Acudir a la institución inmediatamente, para la evaluación respectiva.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

**RESECCIÓN LOCAL AMPLIA**

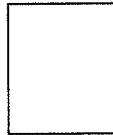
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
- 2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
- 3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
- 4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
- 5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal  
Nombre y Apellidos: .....  
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado  
Nombre y Apellidos: .....  
CMP N°: ..... RNE N°: .....

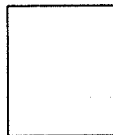
**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N° ....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido **Revocar el Consentimiento firmado en fecha** ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido **NO AUTORIZAR** la realización de .....

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

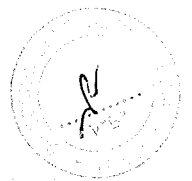
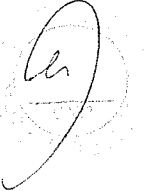
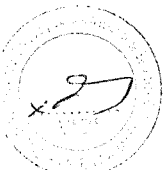
FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal  
Nombre y Apellidos: .....  
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado  
Nombre y Apellidos: .....  
CMP N°: ..... RNE N°: .....





PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO RESECCIÓN RADICAL (PARTES BLANDAS)

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Resección Radical: Consiste en extraer la tumoración de partes blandas incluyendo su compartimiento muscular.

### Objetivo:

Curar la enfermedad de base y/o paliar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente.

### Alternativas:

Los médicos han evaluado las opciones de tratamiento, recomendándole la mejor alternativa que es la cirugía; en caso de rechazar dicho procedimiento, puede incluir la quimioterapia y/o radioterapia, con tasas de respuesta y tolerancia variables, dependiendo del estadio y el performance del paciente, cabe resaltar que con ello, el/la paciente está asumiendo la responsabilidad por su decisión en caso de no desear la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Eliminar el tumor de partes blandas afectada, y disminuir el riesgo de extensión de la enfermedad de fondo.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión de la enfermedad de fondo, tanto a nivel loco regional como a distancia, con mayor morbi-mortalidad y sus complicaciones.

### Riesgos reales y potenciales:

Las complicaciones pueden presentar en el 15% de los casos, presentado: hematoma, sangrado, dehiscencia de sutura, necrosis de tejidos, fiebre, infección de herida operatoria, infección respiratoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, lesión del tejido nervioso, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), linfedema (acúmulo de linfa), paro cardíaco y muerte. Así mismo, la salida de dren y/u obstrucción del mismo; en aquellas pacientes que tienden a realizar cicatriz queloide pueden presentarlo en el sitio operatorio.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal; fatiga; hepatitis transitoria, ictericia; anafilaxia, reacciones alérgicas, urticaria, edema angioneurótico; eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica; mareos, dolor de cabeza; alucinaciones; erupción cutánea, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrosis epidérmica tóxica; nefritis intersticial; colitis pseudomembranosa; prurito genital y anal, vaginitis, moniliasis vaginal.
- Analgésicos/Antiinflamatorios: Sinusitis, infección del tracto respiratorio superior, infección del tracto urinario; empeoramiento de la alergia; insomnio; mareo, hipertensión; infarto agudo de miocardio; hipertensión arterial; faringitis, rinitis, tos, disnea; dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, vómito, disfagia; erupción, prurito; síntomas de tipo gripal, edema periférico/retención de líquidos

Pronóstico: Bueno ( )

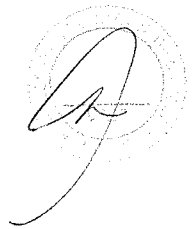
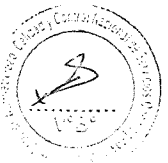
Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Drenes: que en el dren presente sangre rojo rutilante, aumento de secreción por el drenaje (que llene el recipiente de almacenamiento en poco tiempo, menos de 2 a 6 horas aproximadamente), este obstruido y que condicione la formación hematoma (aumento de volumen en el sitio operatorio por acumulo de sangre), y que el dren se salga del sitio de fijación.
- Hematoma, dolor intenso que no calma con el uso de analgésicos.
- Aumento de volumen del sitio operatorio.
- Enrojecimiento del sitio operatorio, fiebre.
- Falta de aire, mareos, náuseas y/o vómitos, palpitaciones, palidez.
- Dehiscencia de la sutura.

Acudir a la institución inmediatamente, para la evaluación respectiva.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ... con número de Historia Clínica N° ... con el Diagnóstico: ...

Declaro: Que el Médico: ... con CMP N° ..., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

RESECCIÓN RADICAL

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

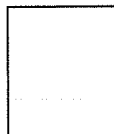
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ..., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de ...

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

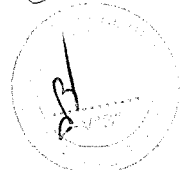
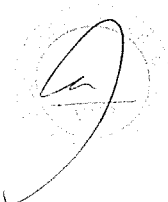
FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...





PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DISECCIÓN RADICAL DE AXILA (PARTES BLANDAS)

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Disección Radical de Axila Ipsilateral: Consiste en extraer los ganglios linfáticos axilares ipsilaterales, con preservación de estructuras vasculonerviosas.

### Objetivo:

Curar y eliminar la enfermedad loco regional y evitar que se extienda a otras partes del cuerpo, y/o paliar síntomas de la enfermedad de fondo.

### Alternativas:

Los médicos han evaluado las opciones de tratamiento, recomendándole la mejor alternativa que es la cirugía; en caso de rechazar dicho procedimiento, puede incluir la quimioterapia y/o radioterapia, con tasas de respuesta y tolerancia variables, dependiendo del estadio y el performance del paciente, cabe resaltar que con ello, el/la paciente está asumiendo la responsabilidad por su decisión en caso de no desear la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Eliminar y/o curar la enfermedad de fondo, mejorar la calidad de vida del paciente aliviando los síntomas del cáncer avanzado.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión de la enfermedad de fondo, tanto a nivel loco regional como a distancia, con mayor morbi-mortalidad y sus complicaciones.

### Riesgos reales y potenciales:

Las complicaciones pueden presentar en el 15% de los casos, presentado: hematoma, sangrado, dehiscencia de sutura, necrosis de tejidos, fiebre, infección de herida operatoria, infección respiratoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, lesión del tejido nervioso, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), linfedema (acúmulo de linfa), paro cardíaco y muerte. Salida de dren y/u obstrucción del mismo; en aquellas pacientes que tienden a realizar cicatriz queloide pueden presentarlo en el sitio operatorio; y Adherencia Cicatricial (Síndrome Axillary-Web) que es un síndrome que se manifiesta con dolor irradiado en brazo ipsilateral tras la intervención quirúrgica y con presencia de cordones subcutáneos visibles y palpables.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal; fatiga; hepatitis transitoria, ictericia; anafilaxia, reacciones alérgicas, urticaria, edema angioneurótico; eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica; mareos, dolor de cabeza; alucinaciones; erupción cutánea, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrolisis epidérmica tóxica; nefritis intersticial; colitis pseudomembranosa; prurito genital y anal, vaginitis, moniliasis vaginal.
- Analgésicos/Antiinflamatorios: Sinusitis, infección del tracto respiratorio superior, infección del tracto urinario; empeoramiento de la alergia; insomnio; mareo, hipertensión; infarto agudo de miocardio; hipertensión arterial; faringitis, rinitis, tos, disnea; dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, vómito, disfagia; erupción, prurito; síntomas de tipo gripal, edema periférico/retención de líquidos

Pronóstico: Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Drenes: que en el dren presente sangre rojo rutilante, aumento de secreción por el drenaje (que llene el recipiente de almacenamiento en poco tiempo, menos de 2 a 6 horas aproximadamente), este obstruido y que condicione la formación hematoma (aumento de volumen en el sitio operatorio por acumulo de sangre), y que el dren se salga del sitio de fijación.
- Hematoma, dolor intenso que no calma con el uso de analgésicos.
- Aumento de volumen del sitio operatorio.
- Enrojecimiento del sitio operatorio, fiebre.
- Falta de aire, mareos, náuseas y/o vómitos, palpitations, palidez.
- Dehiscencia de la sutura.

Acudir a la institución inmediatamente, para la evaluación respectiva.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..., con número de Historia Clínica N° ..., con el Diagnóstico: ...

Declaro: Que el Médico: ... con CMP N° ..., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

DISECCIÓN RADICAL DE AXILA

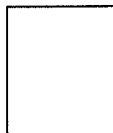
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ..., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de ...

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

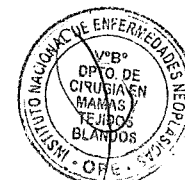
FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...





PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DISECCIÓN INGUINOFEMORAL (PARTES BLANDAS)

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Dissección Inguinofemoral: Consiste en extraer los ganglios linfáticos inguinofemorales ipsilaterales, con preservación de estructuras vasculonerviosas.

### Objetivo:

Curar y eliminar la enfermedad loco regional y evitar que se extienda a otras partes del cuerpo, y/o paliar síntomas de la enfermedad de fondo.

### Alternativas:

Los médicos han evaluado las opciones de tratamiento, recomendándole la mejor alternativa que es la cirugía; en caso de rechazar dicho procedimiento, puede incluir la quimioterapia y/o radioterapia, con tasas de respuesta y tolerancia variables, dependiendo del estadio y el performance del paciente, cabe resaltar que con ello, el/la paciente está asumiendo la responsabilidad por su decisión en caso de no desear la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Eliminar y/o curar la enfermedad de fondo, mejorar la calidad de vida del paciente aliviando los síntomas del cáncer avanzado.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión de la enfermedad de fondo, tanto a nivel loco regional como a distancia, con mayor morbi-mortalidad y sus complicaciones.

### Riesgos reales y potenciales:

Las complicaciones pueden presentar en el 15% de los casos, presentado: hematoma, sangrado, dehiscencia de sutura, necrosis de tejidos, fiebre, infección de herida operatoria, infección respiratoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, lesión del tejido nervioso, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), linfedema (acúmulo de linfa), paro cardíaco y muerte. Así mismo, la salida de dren y/u obstrucción del mismo; en aquellas pacientes que tienden a realizar cicatriz queloides pueden presentarlo en el sitio operatorio.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal; fatiga; hepatitis transitoria, ictericia; anafilaxia, reacciones alérgicas, urticaria, edema angioneurótico; eosinofilia, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica; mareos, dolor de cabeza; alucinaciones; erupción cutánea, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrosis epidérmica tóxica; nefritis intersticial; colitis pseudomembranosa; prurito genital y anal, vaginitis, moniliasis vaginal.
- Analgésicos/Antiinflamatorios: Sinusitis, infección del tracto respiratorio superior, infección del tracto urinario; empeoramiento de la alergia; insomnio; mareo, hipertensión; infarto agudo de miocardio; hipertensión arterial; faringitis, rinitis, tos, disnea; dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, vómito, disfagia; erupción, prurito; síntomas de tipo gripal, edema periférico/retención de líquidos

Pronóstico: Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Drenes: que en el dren presente sangre rojo rutilante, aumento de secreción por el drenaje (que llene el recipiente de almacenamiento en poco tiempo, menos de 2 a 6 horas aproximadamente), este obstruido y que condicione la formación hematoma (aumento de volumen en el sitio operatorio por acumulo de sangre), y que el dren se salga del sitio de fijación.
- Hematoma, dolor intenso que no calma con el uso de analgésicos.
- Aumento de volumen del sitio operatorio.
- Enrojecimiento del sitio operatorio. fiebre.
- Falta de aire, mareos, náuseas y/o vómitos, palpitations, palidez.
- Dehiscencia de la sutura.

Acudir a la institución inmediatamente, para la evaluación respectiva.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ... con número de Historia Clínica N° ... con el Diagnóstico: ...

Declaro: Que el Médico: ... con CMP N° ..., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de.

DISECCIÓN INGUINOFEMORAL

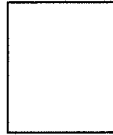
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de ...

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

