

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO PARA CÁNCER DE TIROIDES CON YODO RADIACTIVO

Doy mi consentimiento para la administración de _____ milicuries de yodo radioactivo-131 a _____ para el tratamiento del cáncer de tiroides.

Entiendo que este tratamiento reducirá o eliminará permanentemente la actividad de mi glándula tiroides.

Entiendo que es posible que deba tomar medicamento tiroideo por el resto de mi vida para evitar una enfermedad debida a insuficiente actividad de la tiroides.

Acepto que el tratamiento con yodo radiactivo y sus posibles riesgos y efectos secundarios se me han explicado a mi entera satisfacción y que no se me ha dado ninguna garantía de cura como resultado de este tratamiento.

Doy por lo tanto mi consentimiento para recibir el tratamiento según lo descrito anteriormente.

FIRMA: _____ FECHA: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

TESTIGO: _____