



Facility: _____

MRI CONSENT FORM

FORM.POL.002

Effective Date: March 28, 2011

CONSENTIMIENTO INFORMATIVO-EXAMEN MRI DEL SENO

CONSENT FOR MRI BREAST EXAM

Nos han pedido llevar a cabo una Resonancia Magnetica (MRI) de sus senos. Este examen especialmente su hace cuando por medio de una mamografia se ha encontrado una bolita que posiblemente pudiera ser cancer o para definir el grado de un tumor del seno.

Esta forma le informa a usted de algunos beneficios y limitaciones de este examen.

Beneficios y Limitaciones:

MRI del seno puede aveces detectar cancer del seno hasta 3-5mm en diámetro (el tamaño de un chicharo) aun cuando la mamografia o examen fisico sean normales, sin embargo tumores mas pequeños de 3mm no podrian ser detectados. Muy raramente tumores mas grandes, los cuales no agarran el material de contraste del MRI, podrian ser no detectados. Tambien, algunas enfermedades benignas del seno podrian parecer cancer y necesitarian un ultrasonido o biopsia para un diagnostico final.

Unas formas de cancer no-agresivo llamado ductal carcinoma in situ (DCIS) o lobular carcinoma in situ (LCIS) podrian no ser detectados por este examen, pero podrian ser detectados en una mamografia on en los exámenes de laboratorio de una biopsia o cirugia. Por lo tanto mamografias siguen siendo muy importantes para el diagnostico y especialmente para seguir el cuidado en el futuro.

MRI del seno, en conjunto con la mamografia y el examen del seno, pueden ayudar a mejorar el diagnostico de cancer del seno. Como resultado las compañías de seguro medico han sido generalmente mas favorables con relación a la cobertura de MRI del seno para diagnosticar cancer.

Este examen puede enseñar los nudos linfáticos abajo del brazo y en el pecho, aunque algunos de estos podrian verse normales, estos todavia podrian contener tumores cuando son visto con el microscopio en el laboratorio. Usualmente un ultrasonido de fuerte resolución se lleva a cabo despues del MRI para examinar areas que se vieron el el examen del MRI.

Su firma en esta forma indica que usted:

- (1) Ha leído y entendido la información proveida en esta forma;**
- (2) Autoriza y da consentimiento a llevar a cabo este procedimiento;**
- (3) Ha sido informado sobre el procedimiento y ha tenido la oportunidad de hacer preguntas.**

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____/_____/_____

Si el paciente es menor de edad o tiene un guardian legal:

Firma del Pariente o Guardian : _____ Fecha: _____/_____/_____

Witness Signature: _____ Date: _____/_____/_____

(Technologist, Radiologist or RN)