



Barnet Medical Plaza
 680 Broadway, Suite 111 Paterson N.J. 07514
 P: 973.977.6662 F: 973.341.1128
Towne Centre
 3 Walter E. Foran Blvd., Suite 312 Flemington N.J. 08822
 P: 908.284.2300 F: 908.442.7432

Aspiracion de Quiste Guidapor Ultrasonido.

La ley de el estado de Nueva Jersey le garantiza el tener tanto el derecho como la obligación de tomar decisiones sobre su atención médica. Su médico le puede proporcionar la información y el asesoramiento necesarios, al igual que usted debe entrar en el proceso de tomar sus decisiones de atención médica. Este formulario ha sido diseñado para reconocer su aceptación de tratamiento recomendado por su médico.

Yo, _____ PID#: _____ presente autorizo el/la Dr. _____ y/o tales asociados o asistentes que seleccionados por el médico antes mencionado para realizar una **Aspiracion de Quiste Guidapor Ultrasonido**. Con una aguja y guía de ultrasonido nuestra Radióloga obtendrá muestras de líquido del área anormal en la mama. Si no se obtiene el fluido, se puede realizar una biopsia de mama guiada por ultrasonido

RIESGOS

Todos los procedimientos implican algunos riesgos. La mayoría de los pacientes experimentan sólo una molestia mínima durante el procedimiento. Debido a que una aguja está entrando en su seno, existen las posibilidades de una infección, sangrado, o lesión de los vasos en el lugar, pero son raros. Debido a que usamos anestesia local para adormecer la piel antes del procedimiento, puede haber un riesgo de alergia a los medicamentos que utilizamos para la anestesia. Si has tenido una reacción anormal antes de cualquier procedimiento médico o dental de la anestesia, por favor informe a nuestro personal. Hay una pequeña posibilidad de que la lesión no se muestre de manera adecuada. Algunos quistes pueden reaparecer.

BENEFICIOS

El diagnóstico definitivo de un quiste, la evitación de una biopsia por escisión quirúrgica, y el alivio del dolor.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

1- En ciertos casos, la biopsia de mama **Estereotáctica** es una alternativa. Se trata de una biopsia de mama quirúrgica en la que el área anormal se localiza en primer lugar con un procedimiento mamográfico o de ultrasonido, y luego el área anormal se extirpa mediante cirugía. **2-** La otra alternativa es no tener nada a cabo, darse cuenta de que la lesión puede de hecho representar el cáncer de mama que daría lugar a un retraso en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

RESULTADO CYSTOLOGICO

La mayoría de los fluidos pueden ser clasificados como benignos (no cancerosos) en el momento del procedimiento. En ocasiones, el líquido debe ser analizado por un patólogo. En este caso, su médico de referencia proporcionará resultados y nuestra recomendación final. Los resultados por lo general estarán disponibles en 2-5 días laborales. Si usted no ha oído de su médico dentro de una semana, debe llamar a su oficina y informarles de que ha tenido una biopsia y está esperando los resultados. Si usted tiene algún problema a recibir sus resultados, debe ponerse en contacto con nuestra oficina y nosotros pondremos en contacto con su médico de atención primaria, de modo que usted pueda recibir sus resultados

Usted siempre tiene el derecho a rechazar cualquier procedimiento en cualquier momento. Es su responsabilidad de informar a nuestro personal si no desea que el procedimiento o dese dejar un procedimiento ya iniciado. También es su responsabilidad de informar a nuestro personal de cualquier resultado adverso antes o reacción a un estudio o anestesia similares

Certifico que la naturaleza y el carácter de este procedimiento propuesto y los beneficios anticipados que participan en este procedimiento propuesto han sido explicados. Reconozco que durante el curso de este procedimiento, el cuidado postoperatorio, tratamiento médico, anestesia u otro procedimiento, y las condiciones imprevistas pueden requerir métodos adicionales o diferentes a los establecidos. Se me ha informado de que varios equipos e instrumentación se pueden utilizar durante este procedimiento.

Por lo tanto, autorizo al médico nombrado arriba y sus ayudantes o personas designadas para efectuar dicho procedimiento, como un juicio profesional necesario y deseable. La autoridad otorgada bajo este párrafo se aplicará al tratamiento de todas las condiciones que requieren tratamiento y no son conocidos por el cirujano en el momento del procedimiento médico que comienzan.

Certifico que este formulario ha sido plenamente explicado a mí, que he leído, y que entiendo su contenido.

Patient, Relative or Guardian Witness: _____

Signature: _____ **Date:** _____