



**INFORMED CONSENT- MRI BREAST EXAM (SPANISH)  
CONSENTIMIENTO INFORMADO - EXAMEN DE MRI DE MAMA**

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Número De Expediente Médico: \_\_\_\_\_

Centro De Imagen: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Información Para El Paciente:**

Se nos ha pedido realizará un examen de resonancia magnética (MRI) de sus senos. Este estudio especializado se hace generalmente para una bola en el seno o hallazgo mamó gráfico que se cree es posiblemente cáncer o para definir la extensión de un tumor de mama.

A continuación se mencionan algunas de las ventajas y limitaciones de este examen.

Ventajas y limitaciones:

El MRI de seno con frecuencia puede detectar cánceres de mama hasta unos 3-5 mm de diámetro (el tamaño de un chícharo), incluso cuando las mamografías o examen físico son normales; Sin embargo, los tumores más pequeños de 3 mm pueden pasar desapercibidos. En raras ocasiones los cánceres más grandes, que no absorben el medio de contraste de MRI bien, pueden no ser detectados. Además, algunos trastornos mamarios benignos pueden parecer cáncer y pueden entonces requerir ultrasonido o biopsia para el diagnóstico final.

Algunas formas de cáncer de mama no invasivo llamado carcinoma ductal in situ (CDIS) o carcinoma lobular in situ (CLIS) no pueden ser detectados por este examen, pero se pueden observar en las mamografías o en las muestras de patología de una biopsia o cirugía. Por lo tanto, las mamografías siguen siendo muy importantes para el diagnóstico y, sobre todo, durante el seguimiento.

Resonancia magnética (MRI) de la mama, cuando se utiliza junto con una mamografía y examen de mama, puede ayudar a mejorar el diagnóstico del cáncer de mama. Como resultado, la cobertura de seguro para el MRI de mama relacionado con el cáncer en general ha sido favorable.

Este examen puede mostrar los ganglios linfáticos bajo el brazo y en el pecho; aunque algunas de ellas pueden parecer normales, aún pueden contener tumor cuando se examina con el microscopio del patólogo. Se hace ultrasonido de alta resolución generalmente después de la resonancia magnética para comprobar áreas vistas en el examen de resonancia magnética.

**Atestación del Paciente:**

Mi firma en este formulario indica que:

1. Leí y entiendo la información proporcionada en este formulario;
2. Autorizo y doy consentimiento para la realización de este examen;
3. Me informaron acerca de este procedimiento y tuve la oportunidad de hacer preguntas.

**Entiendo que la atención médica de emergencia o de seguimiento, de ser necesaria, es responsabilidad financiera directa del paciente que recibe los servicios adicionales de terceros (transporte en ambulancia a un hospital, llamada al 911, atención médica, etc.).**

Firma Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Firma Del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma Del Testigo: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_  
(Tecnólogo, Radiólogo, Enfermera)