



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

CONSENTIMIENTO PARA LA MAMOGRAFÍA CON IMPLANTE (S)

Implantes mamarios presentan un desafío especial para mamografía. Si el implante está presentes se aplicarán los siguientes riesgos:

1- El implante puede ocultar cáncer en el pecho, posiblemente prevenir la detección con la mamografía.

2- A pesar de los procedimientos adecuados, daños y/o movimiento de los implantes es reconocidos los riesgos con la mamografía. Si se presenta movimiento o ruptura del implante, la cirugía puede ser necesaria. El centro Pink Breast Center ni su personal ni los médicos pueden ser responsables de cualquier daño a los implantes como resultado de la mamografía.

3 -Para minimizar estos riesgos, la mamografía se realizará según el Colegio Americano de estándares de la Radiología (ACR) para exámenes realizados en las mujeres que tienen implantes de senos en general. Cuatro (4) imágenes de cada seno se realizará como se describe a continuación:

a.El primer conjunto de imágenes será tomado con la técnicas estándar reconocidas ACR . La mama, junto con el implante se comprimirá ligeramente.

b.En el segundo set de imágenes, el tejido mamario se va desplazando hacia delante y lejos del implante, por lo que se puede visualizar el tejido mamario más.

c. De vez en cuando, imágenes adicionales se necesitan para visualizar mejor una área determinada.

Entiendo los riesgos asociados con tener una mamografía de mama con implantes y desean de tener una mamografía realizada. Este consentimiento proporciona información relacionada con los riesgos asociados con la mama con implantes y no ofrece asesoramiento con respecto al tiempo debe retirarse el implante mamario.

Mi firma en este formulario de consentimiento indica que (1) he leído y entendido la información proporcionada en este consentimiento; (2) autorizar y consentir la realización de este procedimiento; y (3) he sido informado acerca de los riesgos de este procedimiento y tuvo la oportunidad de hacer preguntas.

Paciente, familiar o tutor testigo(letra de molde): _____

Firma: _____ **Fecha:** _____