



HARTFORD HEALTHCARE CONSENT TO RECEIVE CANCER THERAPIES

I understand that I have been diagnosed with _____. I am being asked to voluntarily consent and authorize the providers at Hartford Health Care Cancer Institute to prescribe and administer anti-cancer medication to treat my condition. My medications will be:

DRUG	ROUTE	FREQUENCY

The goal of my therapy is ____cure____ control of the cancer and any symptoms. These medications are powerful and are meant to treat difficult diseases. They have side effects & this consent form is meant to alert me to some of the potential complications of this treatment. My providers and nurses will provide more information about the schedule and detailed side effects of the drugs I will receive. I have been informed that anti-cancer drugs can affect the body in many different and potentially adverse, ways. Some of these side effects can be life threatening and may cause death or require hospitalization. I may also require blood transfusions. Potential reactions include, but are not limited to, the following:

<input type="checkbox"/> Muscle/bone effects <input type="checkbox"/> Mouth sores, nausea, vomiting, loss of appetite, weight loss <input type="checkbox"/> Constipation or diarrhea <input type="checkbox"/> Shortness of breath or lung damage <input type="checkbox"/> Allergic reactions or drug reactions <input type="checkbox"/> Potential for heart damage	<input type="checkbox"/> Hair loss <input type="checkbox"/> Blood clots or damage to blood vessels <input type="checkbox"/> Low blood counts, fatigue, infections, or bleeding <input type="checkbox"/> Numbness or tingling in fingers or toes	<input type="checkbox"/> Sexual side effects, such as loss of sexual drive or infertility <input type="checkbox"/> Skin rashes, changes in nails <input type="checkbox"/> Dehydration which may require fluids <input type="checkbox"/> Bladder irritation <input type="checkbox"/> Other cancer or blood disorders <input type="checkbox"/> Loss of periods or menopause
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Some of these side effects can be treated with medications. Others may improve with the passage of time. Some can be irreversible. I understand that all reasonable care will be taken to minimize complications. I have the responsibility to notify my providers if I am experiencing any of the above mentioned symptoms. Whether I am male or female, my therapy includes drugs that may present certain or unknown risks to a fetus or embryo. I must avoid becoming pregnant or avoid a pregnancy in my partner while receiving treatment. I will discuss the alternatives for pregnancy prevention with my providers. I also will discuss my concerns about fertility preservation with my providers.

I am aware that medicine is not an exact science and I acknowledge that no guarantees have been made to me concerning the results of my proposed therapy. This consent is in effect for the length of my chemotherapy regimen. I will be consented again if my regimen of drugs changes for any reason.

By signing this form, I realize that I have been given the opportunity to ask questions about my diagnosis, treatment plan, and alternative forms of treatment, as well as possible side effects. The option of not receiving treatment has also been discussed. I understand that I am free to withdraw my consent and have this treatment stopped at any time while I continue to receive care from my providers **at HHC Cancer Institute and the affiliates.**

This consent may be revocable by me at any time, except to the extent it has already been relied upon.

_____ M. D. Signed: _____
(Patient or legally authorized representative)

Date _____ Time: _____ Date: _____ Time: _____

Interpreter responsible for explaining procedures and special treatment:

_____ (Interpreter)



CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TERAPIAS PARA EL CÁNCER EN HARTFORD HEALTHCARE

Entiendo que me han diagnosticado _____. Se me pide que consienta voluntariamente y autorice a los proveedores de Hartford HealthCare Cancer Institute para que me receten y administren medicamentos contra el cáncer para tratar mi condición. Mis medicamentos serán:

DROGA	VÍA	FRECUENCIA

El objetivo de mi terapia es ____ la cura ____ el control del cáncer y cualquier síntoma. Estos medicamentos son potentes y están destinados a tratar enfermedades difíciles. Tienen efectos secundarios y este formulario de consentimiento pretende alertarme sobre algunas de las complicaciones potenciales de este tratamiento. Mis proveedores y enfermeras me brindarán más información sobre el cronograma y los efectos secundarios detallados de las drogas que recibiré. Me han informado que las drogas contra el cáncer pueden afectar el cuerpo de muchas formas potencialmente adversas. Algunos de estos efectos secundarios pueden ser potencialmente fatales y pueden causar la muerte o requerir hospitalización. También puedo requerir transfusiones de sangre. Las reacciones potenciales incluyen, entre otras, las siguientes:

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Efectos en músculos/huesos
<input type="checkbox"/> Llagas en la boca, náuseas, vómitos, pérdida del apetito, pérdida de peso
<input type="checkbox"/> Estreñimiento o diarrea
<input type="checkbox"/> Falta de aire o daño pulmonar
<input type="checkbox"/> Reacciones alérgicas o reacciones a las drogas
<input type="checkbox"/> Potencial de daño cardíaco | <input type="checkbox"/> Pérdida del cabello
<input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos o daño a los vasos sanguíneos
<input type="checkbox"/> Bajos recuentos sanguíneos, fatiga, infecciones, o sangrado
<input type="checkbox"/> Entumecimiento o cosquilleo en dedos de manos o pies | <input type="checkbox"/> Efectos secundarios sexuales, tales como pérdida del deseo sexual o esterilidad
<input type="checkbox"/> Erupciones en la piel, cambios en las uñas
<input type="checkbox"/> Deshidratación que puede requerir líquidos
<input type="checkbox"/> Irritación de la vejiga
<input type="checkbox"/> Otros cánceres o trastornos sanguíneos
<input type="checkbox"/> Pérdida de períodos o menopausia |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Algunos de estos efectos secundarios pueden tratarse con medicamentos. Otros pueden mejorar con el paso del tiempo. Algunos pueden ser irreversibles. Entiendo que se tomarán todos los cuidados razonables para minimizar las complicaciones. Tengo la responsabilidad de notificar a mis proveedores si estoy experimentando alguno de los síntomas mencionados arriba. Sea yo hombre o mujer, mi terapia incluye drogas que pueden presentar ciertos riesgos o riesgos desconocidos para un feto o embrión. Debo evitar quedar embarazada o evitar un embarazo en mi compañera mientras recibo tratamiento. Analizaré con mis proveedores las alternativas para la prevención de embarazos. También analizaré con mis proveedores mis inquietudes sobre la preservación de mi fertilidad.

Estoy consciente de que la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no me han dado ninguna garantía en relación con los resultados de mi terapia propuesta. Este consentimiento está en vigencia mientras dure mi régimen de quimioterapia. Me volverán a pedir el consentimiento si mi régimen de drogas cambia por algún motivo.

Al firmar este formulario, entiendo que me han dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi diagnóstico, plan de tratamiento y formas alternativas de tratamiento, así como de los posibles efectos secundarios. También se ha analizado la opción de no recibir tratamiento. Entiendo que tengo la libertad de retirar mi consentimiento y hacer que este tratamiento se detenga en cualquier momento y que continuaré recibiendo cuidado de mis proveedores en **HHC Cancer Institute y las filiales**.

Este consentimiento puede ser revocable por mí en cualquier momento, excepto en la medida que ya se ha expresado.

_____ M. D. Firmado: _____
(Paciente o representante legalmente autorizado)

Fecha: _____ Hora: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Intérprete responsable de explicar los procedimientos y el tratamiento especial:

_____ (Intérprete)