

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO COMPLEMENTARIO DE FITOTERAPIA (*KALANCHOE SPP.*) EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Fecha: ____/____/____ **Historia Clínica Nº:** _____

YO, _____ (Nombre del Paciente), mayor de edad, identificado con DNI/Cédula Nº _____, actuando en pleno uso de mis facultades mentales,

DECLARO QUE:

1. He manifestado libremente a mi médico tratante, el Dr./Dra. _____, mi decisión personal de consumir preparados de la planta ***Kalanchoe*** (Aranto/Bryophyllum) como terapia complementaria a mi tratamiento oncológico convencional.
2. He sido informado/a de manera clara y comprensible que el uso de ***Kalanchoe*** **NO sustituye** la quimioterapia, radioterapia o inmunoterapia prescrita.
3. Entiendo que, a la fecha, **NO existen ensayos clínicos fase III** concluyentes que validen esta planta como cura para el cáncer en humanos, y que su uso se basa en medicina tradicional y estudios preclínicos (experimentales).

HE SIDO ADVERTIDO/A DE LOS SIGUIENTES RIESGOS CLÍNICOS:

- **Toxicidad Cardíaca:** Comprendo que la planta contiene **bufadienólidos** (compuestos similares a la digital/digoxina) que, en dosis elevadas o acumulativas, pueden causar arritmias, bradicardia (ritmo cardíaco lento) y bloqueos cardíacos graves.
- **Interacción Medicamentosa:** Se me ha explicado que los compuestos de la planta pueden interferir con el metabolismo hepático de la quimioterapia, pudiendo **disminuir la eficacia del tratamiento contra el cáncer o aumentar su toxicidad** (efectos secundarios).
- **Toxicidad Renal y Hepática:** El consumo indiscriminado puede sobrecargar la función del hígado y los riñones.

ME COMPROMETO A CUMPLIR EL SIGUIENTE PROTOCOLO DE SEGURIDAD (ACUERDO DE FITOVIGILANCIA):

1. **Suspensión Peri-Quimioterapia:** Me comprometo a **NO consumir** la planta 72 horas antes de mi sesión de quimioterapia y a esperar 5 días después de la misma para reiniciarla ("Ventana de Lavado").

2. **Dosis Segura:** No excederé la dosis de infusión pactada y evitaré el consumo de la hoja cruda o concentrados, siguiendo la recomendación médica para minimizar la toxicidad.
3. **Transparencia:** Informaré inmediatamente a cualquier profesional de la salud que me atienda (en urgencias u otra especialidad) sobre mi consumo de esta planta.
4. **Signos de Alarma:** Suspenderé el consumo y acudiré a urgencias si presento: vómitos persistentes, visión borrosa o con halos de color, palpitaciones fuertes o mareos intensos.
5. **Exclusión de Fármacos:** Declaro que no estoy tomando Digoxina ni otros glucósidos cardíacos.

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Entiendo que mi médico tratante **NO está prescribiendo** esta planta, sino que está realizando una labor de **acompañamiento y reducción de riesgos** ante mi decisión autónoma de consumirla. Por tanto, asumo la total responsabilidad por los efectos adversos derivados del uso de *Kalanchoe*, eximiendo al equipo médico de responsabilidad legal por complicaciones derivadas directamente de la fitotoxicidad de la planta o su interacción, siempre que el equipo médico haya cumplido con su deber de información.

He leído (o se me ha leído) este documento, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido resueltas satisfactoriamente.

Firma del Paciente DNI:

Firma del Médico Tratante Reg. Médico / Matrícula Profesional:

Firma de Testigo / Familiar (Opcional) DNI: