

**Consentimiento para Transfusión de Sangre
o de los Componentes de la Sangre**

Nombre del Paciente: _____

ESTADO DE SALUD: Usted tiene un problema médico por el que está en tratamiento. En el transcurso de su tratamiento, puede que sea necesario o recomendable administrarle una transfusión de sangre o de los componentes de la sangre. Este formulario le da información básica con respecto a este tratamiento y si usted lo firma, da autorización para una transfusión de sangre o de los componentes de la sangre.

DERECHO A RECIBIR INFORMACIÓN Y A DAR CONSENTIMIENTO: Usted tiene el derecho de recibir información con respecto a su condición médica y a cualquier transfusión que haya sido indicada. Usted también tiene el derecho tanto a autorizar como a rehusar cualquier transfusión de sangre o de los componentes de la sangre. En conjunto con este formulario usted también recibirá un panfleto, Una Guía para los Pacientes sobre Transfusiones de Sangre. Este panfleto contiene información sobre los beneficios y riesgos de las diferentes opciones de transfusiones de sangre, las que incluyen donaciones previas suyas o de otras personas. Usted debe consultar con su médico si tiene preguntas acerca de las transfusiones.

RIESGOS: Todos los tratamientos médicos tienen algún grado de riesgo y las transfusiones no son una excepción. Los riesgos por transfusión de sangre o de los componentes de la sangre pueden incluir reacciones menores o graves a la sangre o a los componentes de la sangre y también complicaciones como resultado de la transfusión. También hay riesgo de transmisión de enfermedades como serían hepatitis, el virus del SIDA (AIDS) y de otras enfermedades que se transmiten por la sangre. Toda la sangre que ha sido donada es cuidadosamente seleccionada y compatibilizada, pero no hay garantías con respecto a estos riesgos.

ALTERNATIVAS: Si la pérdida de sangre es una amenaza seria en el transcurso de su tratamiento, probablemente no hay una alternativa efectiva a la transfusión de sangre. Sin embargo, si usted tiene otras preguntas sobre esta materia, debería consultarlas con su médico ahora.

DONACIÓN PREVIA: Puede ser posible donar su propia sangre o hacer arreglos para donaciones dirigidas. Puede ser que esta sangre no siempre esté disponible o sea la adecuada para las transfusiones que usted necesite. Usted tiene el derecho a tener tiempo suficiente antes de su tratamiento para coordinar las donaciones previas, pero también puede renunciar a este derecho si no desea esperar.

CONSENTIMIENTO: Su firma debajo indica que: 1) Usted ha recibido una copia del panfleto, Una Guía para los Pacientes sobre Transfusiones de Sangre; 2) usted ha recibido información acerca de los riesgos y beneficios de una transfusión de sangre y de algunas terapias alternativas; 3) usted ha tenido oportunidad de consultar sobre esta materia con su médico, incluso la donación previa; y 4) Sujeto a algunas instrucciones especiales mencionadas más abajo, usted autoriza estas transfusiones de sangre tal como han sido ordenadas por su médico en relación a su tratamiento.

INSTRUCCIONES ESPECIALES: Deseo renunciar al tiempo para la donación previa. Deseo donar previamente mi propia sangre.
 Deseo hacer arreglos para donaciones dirigidas de mi familia o de amigos. Otras: _____

Fecha: _____ Hora: _____ Firma: _____

PACIENTE/PADRES/CUSTODIO/TUTOR

Otra persona que no es el paciente, indique la relación: _____

Testigo: Imprima nombre/título: _____ Firma: _____

CONFIRMACIÓN POR EL MÉDICO: Consentimiento informado documentado en: H&P (Historia médica y examen físico) _____ Notas médicas Notas pre cirugía.

Le he dado al paciente una copia del panfleto informativo del Departamento de Servicios de Salud del estado, Guía para Pacientes acerca de Transfusiones de Sangre, que informa sobre las ventajas, desventajas, riesgos y beneficios de la sangre autóloga y de la sangre homóloga de donantes ya sea dirigida o no dirigida. También he dejado pasar suficiente tiempo antes de la cirugía, para que el paciente o alguna otra persona puedan donar sangre para transfusiones con anticipación, excepto en el caso de una emergencia de vida o muerte, en que haya una contraindicación médica o en el caso que el paciente haya renunciado a este derecho.

 La donación previa ha sido descartada porque (completar): Emergencia de vida o muerte (especificar): _____ Contraindicaciones médicas (especificar): _____ Renuncia del paciente.

Fecha: _____ Hora: _____ Firma Médico/ID#: _____

Consentimiento por teléfono: Nombre del Médico: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Testigo: Imprima el nombre/título: _____ Firma: _____

PACIENTE SE NIEGA A DAR PERMISO PARA TRANSFUSIÓN DE SANGRE:

Yo pido que no se administre ningún componente de la sangre a _____ durante esta hospitalización y acepto el riesgo de mi denegación. Yo he recibido información con respecto a los riesgos y beneficios de las transfusiones, que incluyen las terapias alternativas. Los posibles riesgos y consecuencias de esta denegación, los que podrían incluir incapacidad física o mental, coma o incluso muerte, me han sido explicados completamente por mi médico de cabecera y entiendo completamente que esos riesgos y consecuencias pueden ocurrir como resultado de mi denegación. Yo he recibido una copia del panfleto Una Guía para el Paciente sobre Transfusiones de Sangre. Por lo presente descargo de cualquier responsabilidad o responsabilidad legal al hospital, su personal, el médico de cabecera y a todas las otras personas involucradas en mi cuidado si se producen reacciones desfavorables o resultados adversos debido a mi denegación del permiso para usar sangre o componentes de la sangre.

 Yo consentiré al uso de los siguientes productos de la sangre: _____

(FIRMA DEL PACIENTE/PADRES/CUSTODIO/TUTOR)

(PERSONA QUE NO ES EL PACIENTE, RELACIÓN)

Médico: Firma/ID#: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Testigo: Imprima el nombre/título: _____ Firma: _____

Operador de Línea de Idioma #: _____

Intérprete: Molde: _____ Firma: _____

Idioma: _____