



01-80066S

2-Hole 1/4 2 3/4 - 3-Hole 1/4 4 1/4

## Consentimiento para Transfusión de Productos Sanguíneos (Transfusiones No de Emergencia)

Yo, \_\_\_\_\_, he sido informado que hay una posibilidad de que tenga que someterme a una transfusión de productos sanguíneos médicamente necesaria. Soy consiente de que sin terapia de transfusión mi condición puede ser adversamente afectada.

**Los Beneficios de una Transfusión de Sangre** son para preservar la vida y fomentar la recuperación después de una condición médica seria o con riesgo de muerte.

**Los Riesgos de la Transfusión de Sangre** son extremadamente bajos debido a la selección de los donantes y del análisis de la sangre. Voluntarios y donantes designados son investigados antes de colectarse la sangre. Potenciales donantes cuyas actividades o historial médico incrementen las posibilidades de tener enfermedades infecciosas en su sangre, son rechazados. Las unidades de sangre donadas son analizadas para identificar la presencia de enfermedades infecciosas así como SIDA, sífilis, Hepatitis B y C. Toda sangre que prueba positiva es rechazada. La sangre es luego analizada nuevamente para determinar su compatibilidad antes de llevarse a cabo la transfusión.

**Los Efectos Adversos Potenciales de una Transfusión de Sangre** son muy limitados dado a las precauciones tomadas por su médico y por el hospital a través de la investigación de los donantes y del análisis de la sangre. No obstante, hay riesgos de transfusión, incluyendo: a) Fiebre, escalofríos y sarpullido, b) Sobrecarga de fluidos del sistema vascular, c) Infección con el virus del SIDA. Esta lista no incluye todas las posibles reacciones adversas, pero sí menciona los riesgos más serios o comunes de una transfusión de sangre.

**Las Alternativas a Productos Sanguíneos de Donantes Voluntarios** son como se describen a continuación: a) Sangre Autóloga que es extraída de usted mismo, el paciente, días o semanas previos a la cirugía o necesidad médica, b) Sangre de un Donante Designado, que es sangre colectada de personas designadas por el paciente, su familia o guardián legal. Esto requiere por lo menos tres días laborales para colectar, analizar y procesar la sangre, y puede que no sea compatible para el paciente y pudiese resultar menos segura que la sangre de un donante voluntario ya que un donante asignado se puede sentir comprometido a ocultar condiciones que los pueda clasificar como donantes inadecuados; c) Agentes Erythropoieticos (factores de producción de células sanguíneas sintéticas) que es un químico sintético que estimula la médula ósea del propio paciente para producir células rojas. Esto toma días o semanas para preparar al paciente e incrementar su conteo de células; y d) Expansores de volumen no sanguíneo tal como salina, Dextran y solución láctica Ringer que proveerán volumen pero no funcionarán como células rojas sanguíneas.

Doy a conocer que he leído este formulario, o que me lo han leído, o que su contenido me ha sido explicado incluyendo los beneficios y los riesgos de la transfusión, así como los beneficios y riesgos de las alternativas. Estoy satisfecho(a) con esas explicaciones y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

**Yo consiento** a la transfusión de acuerdo a cómo mi médico lo considere necesario a través del curso de mi atención.

**Yo NO consiento** a la transfusión que mi(s) médico(s) ha(n) aconsejado. Entiendo que ambas sangres, autóloga o de un donante asignado, necesitan preparación por adelantado. Por la naturaleza de mi condición médica, éstas pueden no ser apropiadas. También entiendo que el manejo médico utilizando agentes Erythropoieticos también puede resultar inapropiado debido a la naturaleza de mi condición. El rehusar aceptar una transfusión de sangre pudiese resultar en el empeoramiento de mis condiciones médicas o hasta inclusive mi propia muerte. Yo (Nosotros) libramos a mi médico, sus asistentes, al hospital y su personal, de toda responsabilidad de los resultados a que puedan conducir mi (nuestro) rechazo a permitir el uso de sangre o productos sanguíneos. Un **rechazo** a productos de sangre será gobernado por la póliza, "Centro de innovaciones en Cirugía y Medicina sin Sangre: Guías del Programa" el cual debe ser revisto con el paciente y/o su familia.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Persona Autorizada  
A Dar el Consentimiento

\_\_\_\_\_  
Horas Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente de la Persona Autorizada  
a Dar Consentimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico / Designado

\_\_\_\_\_  
Horas Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre del Médico

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo si el Consentimiento fue Telefónico

\_\_\_\_\_  
Horas Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprimir el Nombre del Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona Autorizada a Dar Consentimiento  
Por teléfono.

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente de la Persona Autorizada  
a Dar el Consentimiento Telefónico.