



CONSENTIMIENTO / NEGATIVA A RECIBIR PRODUCTOS HEMODERIVADOS

Se me ha informado que puedo necesitar productos hemoderivados. Sé que recibir sangre puede deberse a una o más razones, por ejemplo: corregir la anemia (el cuerpo no posee suficientes glóbulos rojos), aumentar la cantidad de oxígeno en el cuerpo, suplir una pérdida de sangre durante un procedimiento médico, ayudar a la coagulación de la sangre o prevenir hemorragias. Se me ha informado en qué consiste una transfusión y cómo se hace.

Entiendo que existen riesgos asociados con las transfusiones de sangre. Entre ellas se incluyen, por ejemplo: formación de hematomas, fiebre, escalofríos, sarpullido, urticaria u otras reacciones alérgicas; insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, falta de aire, posible exposición a enfermedades infecciosas como hepatitis o VIH/SIDA, muerte.

Otras alternativas implican no realizarse transfusiones, donarse sangre a sí mismo, recibir fluidos intravenosos o sangre reciclada y utilizar agentes que producen sangre como el hierro y la eritropoyetina. Entiendo los beneficios de los productos hemoderivados, los riesgos de no recibir la transfusión, las alternativas y los riesgos de las alternativas.

- Autorizo** a que me administren cualquier tipo de productos hemoderivados, entre ellos glóbulos rojos concentrados, plasma fresco congelado y plaquetas. Se me han informado y entiendo los riesgos y las consecuencias de las transfusiones y deseo recibir cualquier transfusión que sea médicamente necesaria durante mi hospitalización o curso de tratamiento.
- Me **niego** a recibir cualquier tipo de productos hemoderivados, entre ellos glóbulos rojos concentrados, plasma fresco congelado o plaquetas.
- Me **niego** a recibir los siguientes productos hemoderivados:

Especifique: _____

Me han explicado las consecuencias de negarme a recibir productos hemoderivados. Entiendo que mi negativa puede ser motivo de enfermedades graves y posiblemente la muerte.

He leído y comprendido este documento. He tenido la oportunidad de formular preguntas y he recibido respuestas satisfactorias.

Firma del paciente o del representante legalmente autorizado: _____

Relación: _____ Hora: _____ Fecha: _____

*Si la persona que firma no es el paciente, indique la razón: _____

Firma del testigo (18 años de edad o más, no debe ser el profesional que realiza el procedimiento) _____

Cargo o relación con el paciente _____ Hora: _____ Fecha: _____

Statement of Practitioner obtaining consent: *I certify that I have explained the risks, benefits, and alternatives of this procedure, including the risk of refusing, to this patient or their representative and have answered any questions.*

Practitioner Signature: _____ ID#: _____ Time: _____ Date: _____

Uso de servicios de interpretación o asistencia especial

Se han utilizado los servicios de un intérprete o asistencia especial para obtener el consentimiento de este paciente, según se detalla a continuación:

- Idioma extranjero (especifique): _____
- Lenguaje de señas
- El paciente es ciego; se leyó el formulario de consentimiento al paciente
- Otro (especifique) _____

Nombre del intérprete: _____ N.º de ID: _____ Hora: _____ Fecha: _____

Firma del profesional: _____ N.º de ID: _____ Hora: _____ Fecha: _____



CONSENT / REFUSAL TO BLOOD PRODUCTS

I have been told that I may need blood products. I know that giving me blood will be for one or more reasons that may include: To correct anemia (not enough red blood cells in my body), to increase the amount of oxygen in my body, for blood loss during a medical procedure, to help my blood clot or to prevent bleeding. I have been told what a transfusion is and how it will be done.

I understand that there are risks associated with blood transfusions. These include (but are not limited to): Bruising, fever, chills, rash, hives or other allergic reactions, kidney failure, heart failure, shortness of breath, possible exposure to infectious disease such as hepatitis or HIV/AIDS, death.

Possible alternatives include: no transfusion, self-donation, intravenous fluids, recycled blood, use of blood formation agents such as erythropoietin and iron. I understand about the benefits of blood products, the risks of not receiving the transfusion, the alternatives and the risks of the alternatives.

I **consent** to the administration of all blood products including packed red blood cells, fresh frozen plasma, and platelets. I have been told about and acknowledge the risks and consequences of a transfusion and I want to receive any transfusions deemed medically necessary during my hospitalization or course of treatment.

I **refuse** the administration of all blood products including packed red blood cells, fresh frozen plasma, and platelets.

I **refuse** the administration of the following blood products:

Please specify: _____

The consequences of refusing blood products have been explained to me. I understand that my refusal may cause serious illness and possible death.

I have read this document and understand it. I have been given the opportunity to ask questions and my questions have been answered to my satisfaction.

Signature of patient or authorized representative: X _____

Relationship: _____ Time: _____ Date: _____

* If other than the patient, provide reason: _____

Signature of Witness (Age 18 or older, not the practitioner doing the procedure): X _____

Title or relationship to patient: _____ Time: _____ Date: _____

Statement of Practitioner obtaining consent: *I certify that I have explained the risks, benefits, and alternatives of this procedure, including the risk of refusing, to this patient or their representative and have answered any questions.*

Practitioner Signature: X _____ ID#: _____ Time: _____ Date: _____

Use of Interpreter or Special Assistance

An interpreter or special assistance was used to obtain consent for this patient as follows:

_____ Foreign Language (Specify): _____

_____ Sign Language

_____ Patient is blind, Consent form read to patient

_____ Other (specify): _____

Name of Interpreter: _____ ID# _____ Time: _____ Date: _____

Practitioner Signature: X _____ ID# _____ Time: _____ Date: _____