



## CONSENTIMIENTO / RECHAZO A PRODUCTOS SANGUÍNEOS

Se me ha advertido que es posible que necesite una transfusión de sangre/producto sanguíneo. Las razones por las que necesito la transfusión se me han explicado de la siguiente manera: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento / rechazo \_\_\_\_\_ para la administración de productos sanguíneos.  
(marque una alternativa con un círculo)

Los riesgos incluyen, pero no se limitan a escalofríos, fiebre, comezón u otras reacciones alérgicas y posible exposición a agentes infecciosos como el virus de la hepatitis B o C y el virus de la inmunodeficiencia humana. Las alternativas posibles incluyen la no transfusión, donación voluntaria, líquidos intravenosos, sangre reciclada, uso de agentes para la formación de sangre como eritropoyetina y hierro.

Las consecuencias de rechazar productos sanguíneos se me han explicado a cabalidad. Comprendo que mi rechazo podría causar graves enfermedades y posiblemente la muerte.

He leído el documento a cabalidad y lo comprendo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las que han sido respondidas en forma satisfactoria.

Firma del paciente, padre\*, tutor\*, agente de atención de salud\* o de otro representante del paciente\*.

Relación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\*Si no es el/la paciente, indique el motivo: \_\_\_\_\_

Firma del testigo (de 18 años o más, pero no el médico que realiza el procedimiento)

Título o relación con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Declaración del profesional que recibe consentimiento:** *Certifico que he explicado los riesgos, beneficios y alternativas de este procedimiento al paciente o su representante y que he respondido todas las preguntas realizadas.*

Firma del profesional / N°. de identificación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### Use Of Interpreter or Special Assistance

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

\_\_\_\_ Foreign language (specify) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Sign language

\_\_\_\_ Patient is blind, consent form read to patient

\_\_\_\_ Other (specify) \_\_\_\_\_

Interpretation provided by:

(Name of interpreter and title or relationship to patient)

Practitioner signature \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_



## CONSENT / REFUSAL TO BLOOD PRODUCTS

I have been advised that I may need a blood / blood product transfusion. The reasons I require transfusion have been explained to me as follows: \_\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_ consent to / refuse \_\_\_\_\_ the administration of blood products.  
(circle one)

Risks include but are not limited to chills, fever, itching or other allergic reactions and possible exposure to infectious agents such as Hepatitis B or C viruses and Human Immunodeficiency Virus. Possible alternatives include no transfusion, self-donation, intravenous fluids, recycled blood, use of blood formation agents such as erythropoietin and iron.

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

I have read the entire 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, Parent\*, Guardian\*, Health Care Agent\* or other representative of patient\*.

Relationship: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

\* If other than patient, provide reason: \_\_\_\_\_

Signature of Witness (Age 18 or older other than practitioner performing procedure)

Title or relationship to patient \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

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

Practitioner's signature \_\_\_\_\_ / ID # \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

### Use Of Interpreter or Special Assistance

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

- \_\_\_\_ Foreign language (specify) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_ Sign language
- \_\_\_\_ Patient is blind, consent form read to patient
- \_\_\_\_ Other (specify) \_\_\_\_\_

Interpretation provided by:

(Name of interpreter and title or relationship to patient)

Practitioner signature \_\_\_\_\_ / ID # \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_