

患者氏名 :

患者 ID :

Formulario de consentimiento para la transfusión de sangre

Si acepta recibir una transfusión sanguínea, complete los datos necesarios y firme.

He recibido una explicación detallada acerca de las transfusiones sanguíneas y de sus riesgos utilizando la “Información sobre las transfusiones sanguíneas”, y he entendido el contenido. También he confirmado “los tipo y la cantidad de transfusión sanguínea programada”. Acepto recibir una transfusión sanguínea.

(Incluso después de firmar, usted puede revocar el consentimiento en cualquier momento).

También acepto que mi transfusión sanguínea pueda ser cancelada por decisión de mi médico, y que los datos de mi transfusión sanguínea puedan modificarse respecto a los descritos a continuación en el apartado “tipos y cantidad de transfusión sanguínea programada” por decisión de mi médico en caso de una emergencia que ponga en peligro mi vida, o si mi médico considera que una transfusión sanguínea es necesaria durante mi tratamiento.

■Tipos y cantidad de transfusión sanguínea programada

(1)Tipos: Mi propia sangre Hemoderivados de glóbulos rojos

Hemoderivados de plaquetas Plasma fresco congelado Otro ()

(2)Cantidad: _____ (ml)

Fecha del consentimiento: año _____ mes _____ día _____

Nombre y apellido del paciente: _____ (en letras de imprenta)

Firma del paciente: _____

Dirección del paciente: _____

Nombre y apellido del representante: _____ (en letras de imprenta)

Firma del representante: _____

(relación con el paciente: _____)

Dirección del representante: _____

Si rehúsa recibir una transfusión sanguínea, por favor lea el siguiente enunciado. Si lo entiende, complete los datos necesarios y firme.

He recibido una explicación de la necesidad de una transfusión sanguínea; sin embargo, rehúso recibir una transfusión sanguínea. No haré responsables a mi médico o al hospital de las consecuencias de mi decisión.

Fecha de la firma: año _____ mes _____ día _____

Nombre y apellido del paciente: _____ (en letras de imprenta)

Firma del paciente: _____

Dirección del paciente: _____

Nombre y apellido del representante: _____ (en letras de imprenta)

Firma del representante: _____

(relación con el paciente: _____)

Dirección del representante: _____

He dado una explicación de la transfusión sanguínea a la persona arriba firmante.

Fecha de la explicación: año _____ mes _____ día _____

Departamento: _____ **Médico responsable:** _____ **Sello** _____

Confirmando que el paciente (o su representante) arriba firmante ha aceptado o rehusado recibir una transfusión sanguínea mediante la firma del presente documento.

Fecha de la confirmación: año _____ mes _____ día _____

Departamento: _____ **Médico responsable:** _____ **Sello** _____

*Si el paciente es un menor que no tiene potestad para aceptar, o es una persona que no puede aceptar y firmar por estar inconsciente o por sufrir algún otro trastorno, el documento deberá ser firmado por un progenitor, tutor, adulto responsable del menor o familiar en la sección de arriba destinada al “Representante”.