

患者氏名：  
患者ID：

Español/スペイン語

## Formulario de consentimiento para la transfusión de sangre /輸血療法に関する同意書

**Si acepta recibir una transfusión sanguínea, complete los siguientes datos y firme**  
/輸血療法に同意される場合には、以下の欄にご署名下さい

He recibido una explicación detallada acerca de las transfusiones sanguíneas y de sus riesgos descritos en “Información y explicación sobre las transfusiones sanguíneas”, y he comprendido el contenido de ésta. También he confirmado lo descrito en “el tipo y la cantidad de transfusión de sangre programada”. Por lo tanto, ACEPTO recibir una transfusión sanguínea (usted puede revocar el consentimiento en cualquier momento, aún después de haber firmado).

También ACEPTO que mi transfusión sanguínea, pueda ser cancelada por criterio y decisión de mi médico, 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”, en el caso de una emergencia que ponga en peligro mi vida o si mi médico considera que una transfusión sanguínea es necesaria durante mi tratamiento.

/私は、輸血療法とその危険性について「輸血療法に関する説明書」を用い十分な説明を受け、理解しました。下記の「予定される輸血の種類と量について」に記入された内容についても確認しました。そのうえで、輸血療法を受けることに同意します。（同意された場合でも、いつでも撤回することができます。）

また、担当医の判断で輸血療法を中止する場合があること、及び、生命を脅かす緊急事態の場合や治療経過中に輸血が必要と認めた場合に、担当医の判断によって下記の「予定される輸血の種類と量について」に記入された内容とは異なる輸血療法を行うことがあることにも同意いたします。

### ■ Tipo y cantidad de transfusión sanguínea programada/予定される輸血の種類と量について

#### ① Tipos/輸血の種類

- Mi propia sangre/自己血       Hemoderivados de glóbulos rojos/赤血球製剤  
 Hemoderivado de plaquetas/血小板製剤       Plasma fresco congelado/新鮮凍結血漿  
 Otros/その他( )

#### ② Cantidad/輸血量 : \_\_\_\_\_ (ml)

Fecha de consentimiento/同意日 :

Año/年

Mes/月

Día/日

Nombre y apellido del paciente

(alfabeto en letras de imprenta

\*(en letras de imprenta)/患者氏名 :

/アルファベット・ブロック体)

Firma del paciente/患者署名 :

Dirección del paciente

\*(en letras de imprenta)/住所 :

Nombre del representante

(alfabeto en letras de imprenta

\*(en letras de imprenta)/代理人等氏名 :

/アルファベット・ブロック体)

Firma del representante/代理人等署名 :

(Relación con el paciente/続柄

)

Dirección del representante/住所 :

患者氏名：  
患者ID：

Español/スペイン語

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

/輸血療法を拒否される場合には、次の文章を読み理解したうえで、以下の欄にご署名下さい。

He recibido una explicación de la necesidad de una transfusión sanguínea; sin embargo, REHUSO recibir una transfusión sanguínea.

/私は、輸血療法の必要性について説明を受けましたが、輸血療法を受けることを拒否します。

**Fecha de la firma/署名日：** Año/年 Mes/月 Día/日

**Nombre del paciente** (alfabeto en letras de imprenta)  
**\*(en letras de imprenta)/患者氏名：** /アルファベット・ブロック体)

**Firma del paciente/患者署名：**

**Dirección del paciente/住所：**

**Nombre del representante** (alfabeto en letras de imprenta)  
**\*(en letras de imprenta)/代理人等氏名：** /アルファベット・ブロック体)

**Firma del representante/代理人等署名：** (Relación con el paciente/続柄 )

**Dirección del representante/住所：**

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

/上記署名者に対して輸血療法について説明しました。

**Fecha de la explicación/説明日：** Año/年 mes/月 día/日

**Departamento médico/科 Médico responsable/担当医：** sello/印

Confirmo que el paciente (o su representante) arriba mencionados han ACEPTADO o REHUSADO recibir una transfusión sanguínea mediante la FIRMA del presente documento.

/上記患者（あるいは代理人等）が本文書において輸血療法に同意もしくは拒否されたことを確認しました

**Fecha de confirmación/確認日：** Año/年 mes/月 día/日

**Departamento médico/科 Médico responsable/担当医：** sello/印

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

/患者様本人が同意能力のない未成年の場合、または意識障害・病状等により同意・署名が出来ない場合は、上記の代理人等署名欄に保護者、親権者、もしくは未成年後見人、または親族等の方による署名をお願いいたします。