



NAME
DOB
MRN
PCP

T-CS0001

**CONSENTIMIENTO DE TRANSFUSIÓN
(CONSENT TO TRANSFUSION)**

Patient ID / Addressograph

I. CONSENTIMIENTO DE TRANSFUSIÓN

Antes de firmar, lea detenidamente la siguiente información sobre Transfusión de Sangre:

- **Riesgos:** Aunque se toma mucho cuidado para garantizar la seguridad, la transfusión conlleva algunos riesgos. Normalmente, menos del 1% de los pacientes que reciben una transfusión experimentan síntomas de una reacción transfusional. Las reacciones transfusionales más comunes son leves y no amenazan la vida, aunque en ocasiones pueden ocurrir reacciones graves. La transfusión conlleva un riesgo mucho menor de transmisión de enfermedades infecciosas, como el VIH/SIDA y la hepatitis.
- **Beneficios:** La transfusión proporciona las células sanguíneas/o los factores de coagulación necesarios para mantener la vida o las funciones corporales y para prevenir o detener el sangrado.
- **Alternativas:** A veces, la transfusión se puede evitar con medicamentos. También es posible usar su propia sangre (transfusión autóloga), que no está exenta de riesgos, pero es más segura.
- **D**Considere sus preguntas y preocupaciones antes de aceptar la realización de cualquier transfusión.

Mi firma a continuación indica lo siguiente:

1. Entiendo lo que significa transfusión, por qué necesito este procedimiento, cuáles son los riesgos y que a veces es posible evitar la transfusión o usar mi propia sangre.
2. He tenido la oportunidad de hablar de la información anterior con mi proveedor, _____.
Nombre del proveedor en letra imprenta
3. Doy mi consentimiento a la transfusión según lo prescrito por mi proveedor; y
4. Entiendo que, a no ser que marque la casilla a continuación, este consentimiento a la transfusión permanecerá en vigencia por la duración de mi hospitalización actual o por un año en caso que reciba tratamientos transfusionales como paciente ambulatorio, a no ser que mi proveedor considere que los riesgos han cambiado, o a no ser que luego revoque mi consentimiento por escrito.
 Prefiero que soliciten mi consentimiento firmado antes de cada transfusión.

Paciente/Representante: Fecha: (mm/dd/yy) Hora: (hh:mm) Fecha de nacimiento: (mm/dd/yy)

Nombre en letra imprenta: _____ Firma: _____
Nombre del paciente o del representante legal en letra imprenta Firma del paciente o del representante legal

En caso de ser un representante/sustituto responsable de tomar decisiones, indique la relación:

- Sustituto designado verbalmente por el paciente en el transcurso de esta admisión
 Poder notarial para el centro de salud
 Custodio Cónyuge/Pareja de hecho Padre/Tutor legal Hijo adulto
 Otro miembro de la familia (vínculo) _____

Interpreter: (mm/dd/yy) / (hh:mm) _____ / _____ / _____
Date Time Print Name Signature (if in person) Interpreter ID#

Provider: (mm/dd/yy) / (hh:mm) _____ / _____ / _____
Date Time Print Name Signature CHN ID#

Witness (Member of Healthcare Team):

(mm/dd/yy) / (hh:mm) _____ / _____ / _____
Date Time Print Name Signature/Title CHN ID#/INV ID#

CONSENT TO TRANSFUSION

