



Name: \_\_\_\_\_  
(Last Name) (First Name) (Middle Initial)

DOB: \_\_\_\_\_ MRN#: \_\_\_\_\_

HAR#: \_\_\_\_\_ CSN#: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO/DENEGACIÓN PARA TRANSFUSIÓN DE SANGRE O DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS**

**¿Cuáles son los beneficios potenciales de recibir una transfusión de productos sanguíneos?**

- Las transfusiones ayudan para el tratamiento de la pérdida de sangre, mejorar la coagulación y/o incrementar el volumen de sangre.
- Puede incluir el uso de glóbulos rojos, plaquetas, plasma, y/o crioprecipitado.
- Puede mejorar temporalmente los síntomas relacionados con la anemia a través del incremento de la cantidad de glóbulos rojos que transportan oxígeno.
- Puede prevenir una enfermedad seria y/o la muerte.

**¿Cuáles son algunos de los riesgos potenciales por recibir una transfusión de productos sanguíneos?**

- Reacción alérgica
- Sobrecarga circulatoria producida por la transfusión
- Lesión pulmonar aguda producida por transfusión
- Transmisión de virus (VIH, Hepatitis, etc.)
- Reacción séptica por transfusión
- Reacción hemolítica o febril no hemolítica
- Falla renal y/o muerte en raras ocasiones

**Consentimiento para transfusión de productos sanguíneos**

Otorgo mi consentimiento para la transfusión de sangre o de cualquier tipo de productos sanguíneos que se consideren necesarios para mí cuidado médico a lo largo de la duración de mi estadía en el hospital. Reconozco que mi médico me ha explicado los riesgos, beneficios y alternativas de la transfusión. Se me dio la oportunidad para hacer preguntas y comprendo que no existe ninguna garantía de que la transfusión me beneficiará.

Firma del paciente/representante del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha y hora: \_\_\_\_\_

**Denegación del consentimiento para la transfusión de productos sanguíneos**

Yo rehúso otorgar mi consentimiento para recibir sangre o cualquier tipo de productos sanguíneos. Se me dio la oportunidad para hacer preguntas. Entiendo las consecuencias de no recibir tratamiento sanguíneo según como me lo explicaron y libero al hospital de cualquier responsabilidad con relación a cualquier resultado desfavorable.

Firma del paciente/representante del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha y hora: \_\_\_\_\_

**Solo consentimiento limitado/alternativas**

Otorgo mi consentimiento para los siguientes tratamientos, procedimientos y/o fracciones del plasma. Marque el recuadro que mejor aplica para su decisión.

- Aceptaré fracciones sanguíneas, tales como albumina, eritropoyetina, factores de coagulación, inmunoglobulinas, etc.
- Aceptaré los procedimientos que me devuelvan mi propia sangre tales como rescate celular, diálisis, etc.

Sus comentarios (por favor indique cualesquiera tratamientos, procedimientos o fracciones del plasma a los que se rehúsa): \_\_\_\_\_

Firma del paciente/representante del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha y hora: \_\_\_\_\_

Si el paciente no es capaz de firmar, indique la razón: \_\_\_\_\_

Le he explicado personalmente la información indicada anteriormente al paciente o a la persona autorizada para otorgar el consentimiento por el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del médico tratante: \_\_\_\_\_ Fecha y hora: \_\_\_\_\_

Certifico que el paciente identificado anteriormente (o representante) firmó este documento en mi presencia.

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha y hora: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha y hora: \_\_\_\_\_

\*Se requerirá de un segundo testigo para los consentimientos por teléfono o cuando el paciente no sea capaz de tomar esta decisión y no exista un representante del paciente disponible para firmar o hablar por el paciente.

**THIS FORM IS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**



Name:	_____	_____	_____
	(Last Name)	(First Name)	(Middle Initial)
DOB:	_____	MRN#:	_____
HAR#:	_____	CSN#:	_____

**INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA DE CIRUGÍA SIN SANGRE DEL CENTRO MÉDICO REGIONAL NEW HANOVER  
(NEW HANOVER REGIONAL MEDICAL CENTER, NHRMC)**

Por favor lea todos los detalles cuidadosamente antes de completar este formulario.

Al firmar este formulario, está declarando su DENEGACIÓN a recibir componentes de productos sanguíneos importantes, tales como glóbulos rojos, plaquetas, plasma y crioprecipitado como también a su inscripción al programa de cirugía sin sangre del NHRMC.

Deberán completarse un poder de duración indeterminada (Durable Power of Attorney, DPA) o instrucción anticipada y deberán entregarse para que se incluyan en su registro médico para poder inscribirlo en el programa. La inscripción en el programa no sustituye a tener un DPA, o en una situación emergente en la cual un DPA o instrucción anticipada no están disponibles y usted esté inconsciente y no tiene presente a un representante, se le podrá administrar una transfusión para poder preservar la vida.

Si se necesita hacerle modificaciones a este formulario en el futuro, se le requerirá inscribirse nuevamente en el programa. Por favor permita el tiempo suficiente para que se completen estos cambios inscribiéndose nuevamente antes de la fecha de su hospitalización/cirugía. Su DPA o instrucción anticipada deberán reflejar cualquiera de los cambios realizados. Tiene el derecho de cambiar el contenido de este formulario en cualquier momento como también la opción de salirse del programa. Si opta por salirse del programa, se le suministrará un formulario de consentimiento para recibir transfusiones en su próxima admisión.

Si decide aceptar una donación directa o donar previamente su propia sangre (donación autóloga) antes del procedimiento o aceptar uno de los componentes de productos sanguíneos importantes, no calificará para inscribirse en este programa.

*Conversé con mi médico tratante y comprendo los riesgos, beneficios y consecuencias relacionados con la denegación de recibir una transfusión como también la denegación a cualesquiera otros tratamientos alternativos (si se indican) e incluso si se cree que posiblemente salven mi vida.*

**Firma del paciente/representante del paciente:** \_\_\_\_\_

**Parentesco:** \_\_\_\_\_

**Firma del testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha y hora:** \_\_\_\_\_

**Firma del testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha y hora:** \_\_\_\_\_

**THIS FORM IS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**

