

RUSH UNIVERSITY MEDICAL CENTER
**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE**
BLOOD TRANSFUSION INFORMED CONSENT

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record #: _____

Place Patient Label

Consent-E
General Informed Consent



IDN13150039

1. Por la presente autorizo al *Rush University Medical Center* (Centro Médico de la Universidad Rush) a realizarme a mí o realizar al paciente una transfusión de sangre o de productos derivados de sangre (hemoderivados), según se considere necesario o aconsejable, durante mi hospitalización o la del paciente.
2. Entiendo que se indica la transfusión propuesta porque el paciente tiene necesidad clínica de recibir sangre o hemoderivados.
3. Entiendo la naturaleza de la transfusión de sangre propuesta y entiendo que la sangre se administra en una vena, comúnmente en el brazo, utilizando catéteres estériles que se usan una sola vez.
4. Entiendo que los potenciales beneficios de una transfusión de sangre pueden incluir uno o más de los siguientes: mayor aporte de oxígeno al cuerpo, mantenimiento de la presión arterial, mejora del flujo sanguíneo y mantenimiento de la vida. Para los pacientes con trastornos de coagulación, la transfusión de plaquetas, plasma y otros hemoderivados puede prevenir o reducir los sangrados anormales.
5. Entiendo que las transfusiones tienen riesgos potenciales.

Los riesgos comunes puede ser uno o más de los siguientes: fiebre, sarpullidos, dolor de cabeza o leves hematomas o reacciones locales en el punto de ingreso a la vena.

Otros riesgos más severos ocurren rara vez e incluyen los siguientes: reacciones alérgicas severas, infecciones bacterianas o virales tales como la hepatitis viral asociada con las transfusiones (TAVH), una infección viral del hígado, y el virus de inmunodeficiencia humana (HIV), el virus que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS). Entiendo que el riesgo de adquirir enfermedades infecciosas a través de la sangre transfundida es bajo porque las unidades de sangre son analizadas en el laboratorio para la detección de agentes infecciosos tales como el TAVH o el HIV en cumplimiento de lo dispuesto por la legislación vigente; no obstante, los análisis de laboratorio no son infalibles.

6. Entiendo que no existe una alternativa eficaz a las transfusiones si la necesidad médica de recibir sangre o hemoderivados representa un riesgo serio en el curso del tratamiento.
7. Entiendo que las posibles consecuencias de rechazar una transfusión pueden significar que sufra una lesión o enfermedad seria, o incluso la muerte.
8. Declaro que no he recibido garantías de ningún tipo sobre los beneficios a lograr o las consecuencias de la transfusión de sangre.
9. Declaro que he leído o me han leído la información antes mencionada, que la entiendo en su totalidad y que si tuve preguntas se me dio la oportunidad de obtener las respuestas del médico o del profesional de la salud.

Fecha (*Date*): _____

Firma de la persona que otorga el consentimiento
(*Signature of Consenting Party*)

Hora (*Time*): _____ A.M. / P.M.

Nombre en letra imprenta (*Print name*)

RUSH UNIVERSITY MEDICAL CENTER
**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE**
BLOOD TRANSFUSION INFORMED CONSENT

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record #: _____

Place Patient Label

**TESTIGO DE LA FIRMA DE LA PERSONA QUE OTORGA
EL CONSENTIMIENTO:**
(Witness to signature of consenting party)

Firma del testigo (Signature of Witness)

Nombre en letra de imprenta (Print name)

**SI LA PARTE QUE OTORGA EL CONSENTIMIENTO NO ES
EL PACIENTE:**
(If consenting party is other than patient)

*Firma de la persona que otorga el consentimiento
(Signature of Consenting Party)*

Nombre en letra de imprenta (Print name) Relación (Relationship)

INFORMED CONSENT AFFIRMATION

My signature below affirms that prior to the time of the procedure, I provided to the patient and/or his/her guardian the information verbally, by means of an information sheet and/or other audio/visual means of communication.

Date: _____

Time: _____ A.M. / P.M.

Signature of Licensed Health Care Provider

Print Name

TELEPHONE CONSENT

Verbal authorization for the procedure(s)/treatment(s) was obtained from the consenting party named below who has stated that he/she has authority to consent on behalf of the patient following an explanation of the information above.

Date: _____

Time: _____ A.M. / P.M.

Print Name of Consenting Party

Relationship to Patient

WITNESS AND RECIPIENT OF CONSENT:

Signature of Witness

INSTRUCTIONS: This consent form should be signed by the patient if an adult (18 years and older), by a parent or court-appointed guardian if the patient is a minor or by a court-appointed guardian if the patient has been declared legally incompetent.

INSTRUCCIONES: Este formulario de consentimiento debe ser firmado por el paciente, si se trata de un adulto (18 años o más), por un padre o tutor designado por un tribunal si el paciente es menor o por un tutor designado por un tribunal si el paciente ha sido declarado legalmente incapaz.