



The Mount Sinai Hospital
 One Gustave L. Levy Place
 New York, New York 10029

MRN -
 V -

Date

Name

Unit #

Sex/DOB

Physician Service

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
 PARA TRANSFUSIÓN**

1. El médico/proveedor _____ ha informado _____
 (Name de Patient o de "Mí")
 que necesito o puedo necesitar una transfusión de sangre y/o de uno de sus productos en el interés de mi salud y cuidado médico apropiado.
2. El médico/proveedor encima de ha explicado completamente a mí en idioma que comprendo que la naturaleza de la transfusión propuesta y también me he informado de los beneficios y riesgos potenciales o efectos secundario, inclusive problemas potenciales que quizás surjan durante recuperación, así como la probabilidad de lograr los objetivos propuestos. He sido informado acerca de alternativas razonables de la transfusión propuesta, el pariente beneficia y los riesgos o los efectos secundario relacionaron a tales alternativas, así como los riesgos de no recibir la transfusión. He sido dado la oportunidad de hacer preguntas, y todas mis preguntas han sido contestadas completamente y de modo satisfactorio.

Paciente/Pariente o Tutor(a)* _____
 Nombre en Letra Imprenta Firma Fecha / Tiempo (Parentesco)

Testigo de firma _____
 Nombre en Letra Imprenta / Titulo Firma Fecha / Tiempo

I _____ hereby certify that I have explained the nature, purpose, benefits, risks of, and
 (Physician/Provider)
 alternatives to, the proposed procedure/operation, have offered to answer any questions and have fully answered all such questions. I believe that the patient/relative/guardian fully understands what I have explained and answered. In the event that I was not present when the patient signed this form, I understand that the form is only documentation that the informed consent process took place. I remain responsible for having obtained the consent from the patient.

_____ _____ _____ _____
 Print Name Physician/Provider Signature Date / Time Dict #

* The signature of the patient must be obtained unless the patient is under the age of 18 or incompetent.
 NOTE: THIS DOCUMENT MUST BE MADE PART OF THE PATIENT'S MEDICAL RECORD.

