

Facility: **Elmhurst Hospital Center**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE
Y HEMODERIVADOS
(INFORMED CONSENT FOR TRANSFUSION OF
BLOOD AND BLOOD PRODUCTS)**

Chart No.

Name

Unit

(Patient Imprint Card)

FORM B-3

Para uso de los pacientes que reciben transfusiones como tratamiento médico, que no es parte de un procedimiento diagnóstico, médico o quirúrgico invasivo. / To be used for patients receiving transfusion(s) as their medical treatment, which is not part of an invasive diagnostic, medical or surgical procedure.

He sido informado por _____ (Nombre del médico tratante o proveedor de atención médica autorizado / **Name of Attending Physician or Authorized Health Care Provider**) sobre los riesgos, beneficios y alternativas disponibles a la transfusión de sangre y hemoderivados.

Se me ha explicado que aunque la ley dispone que toda la sangre y hemoderivados utilizados para transfusiones deben ser analizados para detectar la presencia de agentes infecciosos potencialmente contagiosos, incluyendo los organismos que causan SIDA, hepatitis y sífilis, no es posible eliminar completamente la potencial transmisión de todas las enfermedades, si bien el riesgo para mí es mínimo.

También entiendo que en raras ocasiones se producen reacciones a las transfusiones que pueden provocar dificultades para respirar, fiebre, dolor, escalofríos, náuseas, ictericia, daño renal, trastornos de coagulación, anemia, insuficiencia cardíaca e incluso la muerte.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi afección y sobre la necesidad de recibir transfusiones, incluyendo las terapias alternativas y creo que he recibido suficiente información para tomar esta decisión informada y doy mi consentimiento para la administración de sangre y hemoderivados.

Firma del paciente o del padre, madre o tutor legal del paciente menor de edad
(Signature of Patient or Parent/Legal Guardian of Minor Patient)

_____ y _____ am pm
Fecha (Date) (and) Hora (Time)

If the patient cannot consent for him/herself, the signature of either the health care agent or legal guardian who is acting on behalf of the patient, or the patient's surrogate who is consenting to the treatment for the patient, must be obtained.

Firma del agente de salud o tutor legal
(Signature of Health Care Agent/Legal Guardian)
(Place a copy of the authorizing document in the medical record)

_____ y _____ am pm
Fecha (Date) (and) Hora (Time)

Firma y vínculo con el representante
(Signature and Relation of Surrogate)

_____ y _____ am pm
Fecha (Date) (and) Hora (Time)

TESTIGO (WITNESS):

I, _____ am a staff member who is not the patient's physician or authorized health care provider and I have witnessed the patient or other appropriate person voluntarily sign this form.

Firma y cargo del testigo (Signature and Title of Witness)

_____ y _____ am pm
Fecha (Date) (and) Hora (Time)

INTÉRPRETE/TRADUCTOR (INTERPRETER/TRANSLATOR): (To be signed by the interpreter/translator if the patient required such assistance.)

To the best of my knowledge the patient understood what was interpreted/translated and voluntarily signed this form.

Firma del intérprete/traductor (Signature of Interpreter/Translator)

_____ y _____ am pm
Fecha (Date) (and) Hora (Time)

