

Yo, _____, entiendo que la transfusión de sangre o de componentes sanguíneos es, o puede ser, médicamente necesaria para mi cuidado o el cuidado de _____. Mi médico me ha explicado el motivo de la transfusión y cualquier alternativa razonable, lo que incluye no hacer transfusión, transfusión autóloga y transfusión de un donante directo.

Entiendo que, a pesar de las extensas pruebas, existen riesgos asociados con la transfusión entre los que se encuentran: hepatitis B, hepatitis C, infecciones virales, bacterianas y parasitarias poco comunes, otras enfermedades poco comunes, reacción alérgica, elevación de la temperatura, sobrecarga circulatoria y la muerte. He tenido la oportunidad de hacer preguntas con respecto a la transfusión de sangre y todas se respondieron de forma satisfactoria.

Doy mi consentimiento para la administración de todo tipo de sangre y hemoderivados.

79/5000 Doy mi consentimiento para la administración exclusiva del siguiente tipo de sangre y hemoderivados:

Hemoderivado	Acepto	No acepto
Sangre completa		
Fracciones principales de la sangre		
Glóbulos rojos sedimentados ([Red Blood Cells, RBC], eritrocitos)		
Glóbulos blancos ([White Blood Cells, WBC], leucocitos)		
Plaquetas (trombocitos)		
Plasma fresco congelado (Fresh Frozen Plasma, FFP)		
Fracciones de las fracciones principales de la sangre		
Albúmina		
Adhesivos tisulares de fibrinógeno (crioprecipitados)		
Eritropoyetina (contiene 2.5 mg de albúmina humana por ml)		
Globulina inmune (fracción de la sangre, Rhogam)		
Preparación hemofílica (factores coagulantes)		
Sangre autóloga		
Otro (INGRESE EL NOMBRE DEL PRODUCTO AQUÍ):		

Rechazo toda la sangre y los hemoderivados, incluso si, en opinión de mi médico, son médicamente necesarios para evitar la muerte o daños a tejidos, órganos o funciones corporales. Comprendo que mi salud/la salud de _____ puede verse afectada de forma negativa o que este rechazo puede ocasionar la muerte. Libero a UPMC Pinnacle y a todos los médicos involucrados en mi atención, y a sus respectivos empleados, agentes y representantes, de toda responsabilidad por daños que puedan ser causados por mi rechazo a la administración de sangre.

Paciente _____
 Firma _____ Fecha _____ Hora _____ Testigo de la firma _____

Firma de la persona autorizada para otorgar el consentimiento _____ Relación _____ Fecha _____ Hora _____ Testigo de la firma _____
 en nombre del paciente

CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO

Por medio del presente documento certifico que el paciente o la persona autorizada para otorgar su consentimiento en nombre del paciente lo hizo luego de haber sido informado de manera oral sobre la naturaleza, el propósito, los beneficios, los riesgos, las opciones alternativas (incluida la posibilidad de no realizar tratamiento alguno), los riesgos de las opciones alternativas, la probabilidad de cumplir con los objetivos de atención, los problemas potenciales que pueden ocurrir y los temas mencionados en el consentimiento, y luego de haber recibido respuestas a sus preguntas. Mediante mi firma a continuación, indico que el paciente o la persona autorizada para dar consentimiento comprende lo que he explicado y respondido.

Médico _____
 Firma _____ Nombre en letra de imprenta _____ Fecha _____ Hora _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO (O RECHAZO) PARA ADMINISTRACIÓN DE SANGRE Y HEMODERIVADOS
 (INFORMED CONSENT TO OPERATION, DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC PROCEDURES, AND ANESTHESIA)



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE