



**Autorización para la transfusión de sangre o de productos de la sangre
(Authorization for transfusion Blood/Blood Products)**

Nombre del paciente: _____

Por la presente, autorizo al Dr(a). _____ o a quien éste(a) designe y a todos los otros médicos o profesionales de la salud aliados necesarios para ayudarlo a realizar la **transfusión o transfusiones de sangre o productos de la sangre**. Entiendo en general de qué se trata una transfusión de sangre o productos de la sangre y los procedimientos que se utilizarán. Entiendo que mi médico o quien éste designe decidirá la cantidad y el tipo de producto de la sangre que se necesitará para estabilizar mi condición o salvar mi vida basándose en mis necesidades particulares.

Se me ha explicado en conexión con los beneficios potenciales de la transfusión de sangre o productos de la sangre la naturaleza y el propósito de la transfusión propuesta y los riesgos razonablemente previsibles y las alternativas a la transfusión de sangre y de productos de la sangre. También entiendo las consecuencias de no recibir la transfusión y he decidido que el beneficio para mí excede el riesgo.

Soy consciente de que, además de los riesgos razonablemente previsibles descritos, existen otros riesgos previsibles, que se han discutido conmigo, pero no están listados. Específicamente, para obtener mi consentimiento informado para la transfusión de sangre o productos de la sangre, se me han informado los siguientes riesgos razonablemente previsibles: Existe un pequeño riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas potencialmente graves a pesar de la selección cuidadosa de donantes y del análisis de productos de la sangre antes de su uso. El riesgo de transmisión de VIH (el virus que causa SIDA) y del de la Hepatitis C es de aproximadamente 1 en 1,900,000. Se calcula que el riesgo para Hepatitis B es de alrededor de 1 en 100,000. Debido a nuestra ubicación geográfica, existe un riesgo desconocido de contraer una enfermedad que transmiten las pulgas llamada babesia. Existen otras enfermedades infecciosas, tanto conocidas como desconocidas, que son potencialmente trasmisibles.

Las reacciones a las transfusiones de sangre pueden incluir:

- Picazón
- Náuseas o vómitos
- Reacción alérgica severa
- Coagulación anormal de la sangre
- Falta de aire (*que puede ser atribuible a la transfusión asociada con una lesión pulmonar aguda*)
- Temblor o escalofríos
- Dolor inexplicable
- Presión arterial alta o baja
- Erupción
- Fiebre
- Destrucción de glóbulos rojos

Si ocurre una de las reacciones más severas, puede dar como resultado un posible daño de órganos o tejidos o hasta la muerte.

_____ Iniciales del paciente

Autorización para la transfusión de sangre o productos de la sangre

Este consentimiento será válido mientras dure mi estadía en el hospital o durante 6 meses de visitas ambulatorias y puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que prevalezca.

(M.D., DO, APRN, PA)

Firmado: _____
(Paciente o representante legalmente autorizado)

Fecha: _____ Hora: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Intérprete responsable de explicar los procedimientos y el tratamiento especial:

_____ (Intérprete)

o, consentimiento telefónico obtenido por: _____

Testigo (si hubo consentimiento telefónico): _____ Fecha: _____ Hora: _____

EL PACIENTE NO PUEDE FIRMAR [] PORQUE:

_____ M.D., PA, APRN
_____ Testigo Fecha: _____ Hora: _____