



Affix Patient Label

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Consentimiento para la conservación de la sangre

Categoría Uno: NO deseo transfusión de:

- Sangre completa
- Glóbulos rojos
- Glóbulos blancos
- Plaquetas
- Plasma (incluye plasma fresco congelado, FFP por sus siglas en inglés) para ser usado en mi tratamiento médico.

Incluso si mi médico me dice que los productos:

- Me mantendrán vivo
- Evitarán un daño permanente a tejidos, órganos o funciones corporales.

Categoría Dos: Deseo reducir mi exposición a transfusiones sanguíneas. Quiero que mi médico use métodos para mantener y optimizar al máximo mi propio suministro de sangre, de ser necesario. Entiendo que esto podría reducir la necesidad de tratamiento con sangre. Entiendo que podría necesitar tratamiento con sangre como parte de mi atención médica en el futuro cercano.

Sin importar cuál categoría escoja, marque las siguientes opciones relacionadas con fracciones sanguíneas, procedimientos y tratamientos:

Acepto fracciones menores de sangre:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Albúmina/Plasmanate® | <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina |
| <input type="checkbox"/> Eritropoyetina | <input type="checkbox"/> Crioprecipitado |
| <input type="checkbox"/> Floseal® | <input type="checkbox"/> Factores de coagulación (fibrinógeno, factor VII, VIII, IX y XII) |
| <input type="checkbox"/> Tisseel® | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Rechúso todas las fracciones menores de sangre.

Acepto los siguientes procedimientos de tratamiento:

- Estoy dispuesto a recibir trasplante de hueso, tejidos y músculo
- Diálisis
- Tratamiento de rescate con sangre durante o después de la cirugía
- Sangre autóloga a través de una máquina de circulación extracorpórea
- Hemodilución normovolémica aguda
- Otro _____

Rechúso todos los procedimientos o tratamientos.

Me han explicado los riesgos y beneficios de la transfusión sanguínea y el rechazo de sangre.
Me han dado la opción de hacer preguntas. Entiendo las respuestas que me han dado.

Si el paciente es incapaz de firmar o es un menor de edad, complete lo siguiente: El paciente es menor de edad; tiene ____ años o es incapaz de firmar porque: _____



Affix Patient Label

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma del: Paciente Pariente más cercano (relación) _____ Tutor legal

Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Declaración del intérprete: He proporcionado el traducido de este formulario de consentimiento y la explicación del médico al paciente y a sus padres, pariente más cercano o tutor legal.

Intérprete: _____ Fecha: _____ Hora: _____

(si corresponde)