



Affix Patient Label

Nombre del paciente:

Fecha de nac.:

Acepto las transfusiones de hemoderivados que el médico me informa que son fundamentales para la seguridad de mi hijo. Los hemoderivados pueden incluir:

- Glóbulos rojos empaquetados
- Plasma fresco congelado
- Crioprecipitado
- Plaquetas
- Sangre completa
- Inmunoglobulinas
- Factores de coagulación

El médico me ha informado que mi hijo podría necesitar una transfusión para:

- Proporcionar glóbulos rojos para corregir una anemia grave.
- Mantener el transporte de oxígeno vital en la sangre.
- Detener una hemorragia grave que no está respondiendo a otras medidas.

Estoy consciente de que la medicina no es una ciencia exacta. Nadie me ha prometido nada sobre el tratamiento o atención de mi hijo.

Entiendo que podría ser necesaria una transfusión para preservar la vida de mi hijo. La transfusión podría ser necesaria para prevenir daño grave a los órganos, cuando otros tratamientos han fracasado.

Los hemoderivados que mi hijo recibirá han sido analizados por todas las pruebas aprobadas por la FDA para agentes infecciosos. Sé que existen riesgos al recibir una transfusión de sangre. Los riesgos más frecuentes incluyen:

- Fiebre
- Erupciones cutáneas (Sarpullido)
- Ronchas que producen picazón

Las reacciones muy poco frecuentes son:

- Hemólisis, destrucción anormal de los glóbulos rojos.
- Lesión pulmonar que provoca falta de aliento.

Se me ha informado sobre las demás opciones de tratamiento.

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 nac.: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

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

Firma del testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Declaración del intérprete: Le he traducido el formulario de consentimiento y la explicación que le dio el médico al paciente y al padre o la madre, al familiar más cercano o al tutor legal.

Firma del intérprete: _____ Fecha: _____ Hora: _____

(si corresponde)

Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____