CONSENTIMIENTO O NEGATIVA A RECIBIR SANGRE y/o HEMODERIVADOS

AL PACIENTE: Tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y la posibilidad de necesitar transfusiones de sangre, hemoderivados, o ambos, durante su cirugía, diagnóstico o tratamiento. El presente aviso es para informarle mejor antes de que dé su consentimiento o negativa a aceptar transfusiones de sangre, hemoderivados, o ambos.

Se me ha informado que quizás tenga que recibir transfusiones de sangre o hemoderivados durante el tratamiento. Me han expuesto los riesgos, beneficios y alternativas a la transfusión y el uso de hemoderivados. Mi doctor me ha explicado las posibles opciones si elijo no recibir hemoderivados, así como los riesgos, beneficios y problemas de esas opciones. Me dieron la oportunidad de hacer preguntas que han sido contestadas a mi satisfacción. Entiendo completamente la información proporcionada y

☐ Otorgo voluntariamente mi consentimiento para recibir transfusiones de sangre y cualquier hemoderivado que mi doctor considere necesario.

☐ Me niego a recibir transfusiones de sangre o la administración de hemoderivados bajo ninguna circunstancia (aunque implique peligro de muerte) **excepto por las** especificadas en las *Instrucciones Especiales, a continuación. Entiendo que mi negativa podría causar un perjuicio substancial y grave a mi salud y bienestar, y quizá incluso la muerte.

Instrucciones Especiales:

Componentes de la sangre que aceptaré si mi doctor lo considera médicamente necesario (firme con sus iniciales al lado de las opciones que son aceptables):

_____Concentrado globular	_____Fracción de proteínas plasmáticas
_____Plasma fresco congelado (o un derivado)	_____Albúmina
_____Plaquetas	_____Rhogam
_____Crioprecipitado (o un derivado)	_____Eritropoyetina
_____Granulocitos	_____Inmunoglobulina Humana

TÉCNICAS DE CONSERVACIÓN/TRATAMIENTO DE LA SANGRE

_____Recuperación de sangre	_____Bypass cardiopulmonar
_____Solo circuito continuo de recuperación de sangre	_____Autotransfusión de drenaje torácico
_____Hemodilución	_____Plasmaféresis
_____Sangre autóloga de banco	_____Hemodiálisis

_____Otros (productos y derivados del plasma) _____

☐ Me niego a recibir transfusiones de sangre o cualquier hemoderivado bajo ninguna circunstancia (aunque implique peligro de muerte). Entiendo que mi negativa podría causar un perjuicio substancial y grave a mi salud y bienestar, y quizá incluso la muerte.

El equipo médico de BayCare _____ (comienza) notificó al banco de sangre la negativa del paciente.

Este consentimiento es válido durante toda mi estancia en el hospital/centro médico, a menos que revoque mi consentimiento por escrito antes de ese momento.

Paciente / Representante: _____ Fecha: _____ Hora:_____

Relación con el paciente: _____Motivo de la firma, si no es el paciente: _____

Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____ A.M./P.M.

Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____ A.M./P.M.
(2.° testigo, únicamente para el consentimiento telefónico)

1478

BLOOD and/or BLOOD PRODUCTS CONSENT or REFUSAL
BC 4808 Rev. 04/23

PATIENT