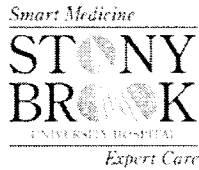


RM2C020ST



# CONSENTIMIENTO / RECHAZO A PRODUCTOS SANGUÍNEOS

Se me ha advertido que es posible que necesite una transfusión de producto sanguíneo / sangre. Las razones por las que necesito la transfusión se me han explicado de la siguiente manera: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ doy mi consentimiento / rechazo\_\_\_\_\_ para la administración de productos sanguíneos.  
(marque una alternativa con un círculo)

Los riesgos incluyen, pero no se limitan a escalofríos, fiebre, comezón u otras reacciones alérgicas y posible exposición a agentes infecciosos como el virus de la hepatitis B o C y el virus de la inmunodeficiencia humana. Las alternativas posibles incluyen la no transfusión, donación voluntaria, líquidos intravenosos, sangre reciclada, uso de agentes para la formación de sangre como eritropoyetina y hierro.

Las consecuencias de rechazar productos sanguíneos se me han explicado a cabalidad. Comprendo que mi rechazo podría causar graves enfermedades y posiblemente la muerte.

He leído el documento a cabalidad y lo comprendo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las que han sido respondidas en forma satisfactoria.

Firma del paciente, padre, tutor, agente de atención de salud o de otro representante del paciente.

\_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (de 18 años o más, pero no el médico que realiza el procedimiento)

\_\_\_\_\_  
Título o relación con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Statement of Practitioner obtaining consent:** *I certify that I have explained the risks, benefits and alternatives to this procedure to the patient or patient's representative and have answered any questions.*

Practitioner's signature / ID #: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### Use Of Interpreter or Special Assistance

An interpreter or special assistance was used to obtain consent from this patient as follows:

\_\_\_\_\_ Foreign language (specify) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Sign language

\_\_\_\_\_ Patient is blind, consent form read to patient

\_\_\_\_\_ Other (specify) \_\_\_\_\_

Interpretation provided by:

\_\_\_\_\_  
(Name of interpreter and title or relationship to patient)