

**CONSENT FOR TRANSFUSION OF BLOOD,
PLASMA OR OTHER BLOOD COMPONENTS**

ADDRESSOGRAPH

1. Dr. _____ has fully explained to me the purposes of receiving blood, plasma or other blood components.
2. I agree that the attending physician shall be responsible only for the performance of his own individual acts. The blood typing and the selection of compatible blood are the responsibility of the Laboratory personnel who perform the necessary laboratory tests.
3. I understand that emergencies may arise where it may not be possible to make complete cross-matching tests, and that my immediate needs may make it necessary to use existing stocks of blood which offer the least incompatible blood.
4. I understand that plasma or any other blood components is a product manufactured from the pooled blood of many donors and sometimes carries the virus of Infectious Hepatitis, Acquired Immune Deficiency Syndrome, and other diseases despite appropriate and reasonable screening.
5. I recognize and understand that there are always risks to life and health associated with blood transfusions. Such risks, benefits and alternatives, including no treatment, have been fully explained to me. The alternatives discussed include but are not limited to the use of Hematinics, (agents which improve the quality of your blood), preoperative deposits of your own blood, and intra-operative preservation and later use of the preserved blood. The risks discussed include, but are not limited to, the transmission of Infectious Hepatitis, Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS Related Complex, and other diseases or blood impairments.
6. The administration of plasma or other blood components is not always successful in producing a desirable result.
7. I acknowledge that no guarantees or assurances have been made to me concerning the results of this procedure.
8. I understand and expressly agree that the blood, plasma or other blood components supplied in accordance with this agreement is incidental to the rendition of services and that no requirement, guarantee, or warranty of fitness or quality shall apply.
9. I further expressly agree to release this Hospital, its personnel, employees, agents, and Medical Staff from all responsibility or liability for the consequences, if any, resulting from the administration of blood, plasma or other components.
10. I consent to the administration of blood transfusions and/or plasma or other blood components in such amounts and at such times as may be deemed advisable in the judgement of my attending physician, his associates or assistants. I have read and fully understand this consent. All of my questions have been answered to my satisfaction.

Date

Patient/Guardian Signature

Witness

Relationship, if not patient

I certify that I have personally discussed the nature, purpose and risks of the above operation or treatment as well as possible alternatives with the person signing the above and I am satisfied that he/she understands them.



Signature of Physician Providing Explanation

CONSENTIMIENTO PARA LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE, PLASMA U OTROS COMPONENTES SANGUÍNEOS

1. El Dr. _____ me ha explicado completamente los propósitos de recibir sangre, plasma u otros componentes sanguíneos.
2. Estoy de acuerdo en que el médico que me atiende sólo será responsable del desempeño de sus propios actos. El tipo de sangre y la selección de sangre compatible son responsabilidad del personal del Laboratorio que realiza las pruebas de laboratorio necesarias.
3. Comprendo que pueden surgir emergencias en las que no existirá la posibilidad de realizar pruebas comparativas completas y que mis necesidades inmediatas podrían hacer necesario el uso de las existencias de sangre en ese momento, las cuales ofrecen la sangre con menos incompatibilidad.
4. Entiendo que el plasma o cualquier otro componente sanguíneo es un producto elaborado a partir de la agrupación de sangre de varios donantes y a veces trae consigo el virus de la Hepatitis Infecciosa, del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y otras enfermedades, a pesar de un monitoreo apropiado y razonable.
5. Reconozco y entiendo que con las transfusiones sanguíneas siempre están asociados riesgos a la vida y a la salud. Tales riesgos, beneficios y alternativas, incluido el no aceptar ningún tratamiento, se me han explicado completamente. Las alternativas comentadas incluyen, de manera enunciativa, el uso de hematínicos (agentes que mejoran la calidad de la sangre), depósitos de su propia sangre previos a la operación y preservación intra-operativa y utilización posterior de la sangre almacenada. Los riesgos comentados incluyen, de manera enunciativa, la transmisión de Hepatitis Infecciosa, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Complejo Relacionado con el SIDA y otras enfermedades o daños a la sangre.
6. La administración de plasma u otros componentes sanguíneos no siempre tiene éxito en producir un resultado deseado.
7. Reconozco que no se me han prometido garantías o seguridades respecto a los resultados de este procedimiento.
8. Comprendo y expresamente estoy de acuerdo en que la sangre, plasma u otros componentes sanguíneos suministrados de acuerdo con este consentimiento es incidental a la prestación de los servicios y que no aplicará algún requerimiento, seguridad o garantía de idoneidad o calidad.
9. Además, expresamente estoy de acuerdo en liberar de toda responsabilidad a este Hospital, a su personal, empleados, agentes y Personal Médico, por las consecuencias, si las hubiese, que resulten de la administración de sangre, plasma u otros componentes.
10. Doy mi consentimiento para que la administración de transfusiones de sangre y/o plasma u otros componentes sanguíneos se realice en las cantidades y en los tiempos recomendados según el criterio del médico que me atienda, de sus asociados o sus asistentes. He leído y entiendo completamente este consentimiento. He tenido respuestas satisfactorias a todas mis preguntas.

Fecha

Firma del Padre/Tutor

Testigo

Parentesco con el paciente, en caso de no firmar el paciente

Certifico que he discutido personalmente la naturaleza, propósito y los riesgos de la operación o de los alternativas antedichos del tratamiento tan bien como posible con la persona que firma el antedicho y yo estoy satisfecho que el/ella entiende.

Firma del médico que proporciona la explicación

