

AUTORIZACION PARA RECIBIR TRANSFUSION DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUINEOS

Yo certifico que he sido informado por _____ Titulo _____, de UMC, que existe la posibilidad de que yo reciba transfusion de sangre (o uno o más productos sanguíneos) mientras dure mi tratamiento médico en UMC.

A pesar de que la sangre (o productos sanguíneos) han sido cuidadosamente examinados, ciertos riesgos existen. Estos riesgos incluyen (pero no son los únicos que podrían ocurrir):

- A. Infección grave incluyendo pero no limitado a la Hepatitis y el VIH que puede conducir a daños en los órganos y la debilitación permanente.
- B. Lesión resultando en el deterioro de los pulmones, corazón, hígado, riñones y sistema inmune relacionada con la transfusión.
- C. Reacción alérgica severa, potencialmente fatal

Los beneficios, las razones médicas para esta transfusión, y las alternativas a transfusiones, incluyendo las riesgos y consecuencias de no recibe este tratamiento me han sido explicados.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y doy mi consentimiento para recibir sangre y/o productos sanguíneos.

FECHA: _____ HORA: _____ a.m. /p.m.

Firma del paciente u otra persona legalmente responsable

Relación con el paciente si es otra persona

Firma del testigo

Nombre del testigo en letra de molde

UMC 602 Indiana Ave. Lubbock, Tx 79415

TTUHSC 3601 4th St. Lubbock, Tx 79430

OTRO: _____
Dirección

Ciudad, Estado Código Postal

DECLARACION DE REUSO A TRANSFUSION DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUINEOS

Los riesgos que existen en una transfusión de sangre han sido explicados, y en este momento, reuso aceptar una transfusión porque: _____

FECHA: _____ HORA: _____ a.m. /p.m.

Firma del paciente u otra persona legalmente responsable

Relación con el paciente si es otra persona

Firma del testigo

Nombre del testigo en letra de molde

UMC 602 Indiana Avenue, Lubbock, TX 79415

TTUHSC 3601 4th Street, Lubbock, TX 79430

UMC Health & Wellness Hospital 11011 Slide Road, Lubbock TX 79424

OTHER Address: _____
Address (Street or P.O. Box)

City, State, Zip Code





UNIVERSITY MEDICAL CENTER
Lubbock, Texas

Patient Label Here

Date _____

Resident and Nurse Consent Checklist

Consent may not contain blanks.

Section 1: Enter name of physician or nurse providing explanation for blood and/or blood product administration.
Section 2: Discuss risks with patient.

Patient Signature: Enter date and time patient or responsible person signed consent.

Witness Signature: Enter signature, printed name and address of competent adult who witnessed the patient or authorized person's signature

If the patient does **not** consent to (refuses) blood or blood product transfusion, the refusal consent and appropriate signatures must be obtained.

For additional information on informed consent policies, refer to policy SPP PC-17.

Nurse _____ Resident _____ Department _____

THIS FORM IS NOT PART OF THE MEDICAL RECORD