

**CONSENTIMIENTO PARA HEMOTRANSFUSIÓN (TRANSFUSIÓN DE SANGRE )**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Usted tiene el derecho de ser informado sobre las ventajas y desventajas, riesgos y beneficios de las transfusiones de sangre. Estas pueden ser debidas a las características de su sangre ó las de la sangre donada por voluntarios. El objetivo de este consentimiento no es el asustarlo sino de informarlo de manera adecuada en la selección del mejor método que usted tiene como opción para su transfusión de sangre.

1. Yo comprendo que la transfusión de sangre o sus derivados puede ser necesaria en el tratamiento y fui informado por mi médico sobre riesgos, beneficios y opciones de transfusión de sangre o sus derivados (hemoderivados).
2. Donación propia (autotransfusión): Yo comprendo que en ciertos casos es mi propia sangre la que puede ser donada y preparada para una cirugía programada (en caso necesario y en caso de que se cuente con la tecnología para llevarlo a cabo en el sitio de la cirugía; Obviamente esta será sometido a una serie de pruebas para asegurarse de que siempre esté en condiciones adecuadas para ser utilizada.
3. Donación de voluntarios: Yo comprendo que de recibir una transfusión de sangre de otra persona existen riesgos, independientemente de que la persona donadora haya sido bien evaluada y su sangre haya sido sometida a exámenes; actualmente estos análisis incluyen pruebas para detección de VIH, ciertos tipos de hepatitis, sífilis y otros. También comprendo que a pesar de todas éstas pruebas no se elimina el riesgo de contraer alguna de estas infecciones ó reacciones de índole inmunológica ó bioquímica.
4. Donación de familiares ó amigos: Fui también informado de la posibilidad de donación de personas relacionadas conmigo, este tipo de donación no siempre garantiza que la sangre esté disponible en tiempos cortos por los exámenes que deben de ser realizados previos a la transfusión.
5. Yo comprendí **COMPLETAMENTE** la información arriba descrita, y cuando no lo entendí me fue explicada cada duda de forma satisfactoria hasta considerarme satisfecho.

Después de leer y de entender toda la información previa yo decidí :

\_\_\_\_\_ Que solo recibiré sangre donada por mi

\_\_\_\_\_ Que en caso de ser necesario podré ser sometido a transfusiones sanguíneas proveniente de donadores voluntarios ó de mis relacionados (familiares)

\_\_\_\_\_ En caso de que decida la opción de auto transfusión y la cantidad y/o calidad de la sangre obtenida de mí fuera inapropiada ó insuficiente, yo autorizo para que se utilice sangre de voluntarios.

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del paciente ( ó responsable legal)

\_\_\_\_\_

Testigo

**DR. LUIS ESTEBAN GONZALEZ MONROY**

INSTITUTO MEXICANO DE TRASPLANTES Alta Tensión 580, Cantarranas. Cuernavaca, Morelos. México Tels:  
777 318 3362, 777 318 2789