



CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA

DIRECCION MÉDICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES / CONSENT LETTER FOR RECEIVING HUMAN ALLOGENEIC BLOOD TRANSFUSION AND ITS COMPONENTS

Lugar y Fecha / Place and Date: _____
Nombre del paciente / Name of the Patient: _____
No. De Expediente / File Number: _____ Edad / Age: _____ Fecha de Nacimiento / Date of Birth : _____
Identificado con / Identified By: _____
Nombre del Acompañante Responsables / Name of the Companion Responsible: _____ ☐ No Aplica / NA
Identificado con / Identified By: _____ Parentesco / Relationship: _____
Representante Legal / Legal Representative _____ ☐ No Aplica / NA
Identificado con / Identified By: _____

Diagnóstico Principal/ Initial Diagnosis: _____
Motivo de la Transfusión/ Reason for the Transfusion: _____

He sido informado de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (NOM) para la disposición de sangre y sus componentes para uso terapéutico (NOM-253-SSA1-2012), que la sangre que yo reciba proviene de un donador evaluado por un médico capacitado y se ha considerado sano y además fue sometido a estudios de tamizaje para determinar infección ocasionada por Virus de Inmunodeficiencia Humana, Virus de la Hepatitis tipos B y C, Treponema Pallidum (Sífilis), Brucella Abortus (Brucelosis/Fiebre de Malta) y Tripanosoma Cruzi (Enfermedad de Chagas) los cuales resultaron negativos.

I have been informed according to The Official Mexican Standard (NOM) for the acquisition of blood and its components for therapeutic use (NOM-253-SSA1-2012), that the blood I'll receive comes from a donor who has been evaluated by a trained physician and has been considered healthy and was also subjected to screening studies to determine infections caused by Human Immunodeficiency Virus, Virus from Hepatitis types B and C, Treponema Pallidum (Syphilis), Brucella Abortus (Brucellosis/Malta Fever), and Trypanosoma Cruzi (Chagas Disease), all of which the results were negative.

Es de mi conocimiento cual es el proceso a seguir durante la transfusión de: (Anotar tipo de Hemoderivado)

_____, como auxiliar en el manejo de mi condición actual, para garantizar mediante la transfusión de sangre y/o hemocomponentes una adecuada terapia de reposición. Así mismo he sido informado que pudiesen existir otras alternativas como apoyo en mi tratamiento.

It is my knowledge that the process that will be followed during the transfusion of: (Note the type of Hemoderivative)
_____, to aid in the management of my current condition, guaranteeing by means of a blood transfusion and/or hemocomponents an adequate replacement therapy. I have also been informed that other alternatives could exist to support my treatment

El personal de salud de este Hospital me ha informado acerca de los posibles riesgos que conlleva el acto transfusional, así como de los efectos adversos que puedan presentarse durante dicho acto, como son: aumento pasajero de la frecuencia cardiaca, respiratoria y presión arterial, fiebre, escalofríos, erupción de la piel, comezón, dolor muscular, sangrados, dificultad para respirar, presencia de orina oscura; además puede existir el riesgo de presentar reacción alérgica severa, infecciones e incluso la muerte.

The health personnel of this Hospital has informed me about the possible risks of the transfusion, as well as the adverse effects that could present themselves during this act, such as: an increase in heart rate, breathing rate, blood pressure, fever, chills, skin rash, muscular pain, bleeding, difficulty breathing, the presence of dark urine; as well as the possible risk of a severe allergic reaction, infection, and even death.

Soy consciente que a pesar de los estudios especializados y el cuidadoso examen médico que se realiza en el proceso de selección del donante, existe la posibilidad remota de presentar alguna infección relacionada a la sangre que reciba.

I am conscious that despite the specialized studies and careful medical examination that is done during the process of selecting a donor, the remote possibility exists of receiving some type of infection related to the blood that is received.

He leído y entendido la información y el material educativo que se me ha proporcionado, todas mis dudas que se han generado en cuanto al procedimiento, han sido aclaradas satisfactoriamente por un profesional capacitado, con esta información y haciendo ejercicio de mi voluntad estoy de acuerdo en que se realice el proceso de transfusión sanguínea, así mismo autorizo al personal de salud de esta institución para tomar las medidas terapéuticas necesarias en caso de que se presentará reacción adversa a la transfusión.

I have read and understood the information and the educative material that has been provided to me, all of my doubts about the procedure have been satisfactorily clarified by a trained professional, with this information and exercising my voluntary right I am in agreement with the blood transfusion process, as well as authorizing the health personnel of this establishment to take the therapeutic measures needed in case of presenting an adverse reaction to the transfusion.



LLENAR EN CASO DE PACIENTES MENORES DE EDAD.

Datos de quien otorga el consentimiento.

C.: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Ocupación: _____ Estado Civil: _____

Domicilio: _____

Parentesco: _____ Motivo de Responsabilización: _____

CONSENTIMIENTO/ CONSENT

Por lo antes descrito **ACEPTO** que se realicen los procedimientos que me fueron propuestos y que me doy por enterado en mi declaración, así como la atención de contingencias y/o urgencias, todo esto se hace bajo los principios éticos y científicos de la práctica médica, lo anterior con fundamento en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Así como me reservo expresamente el derecho de revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de que el y/o los procedimientos objeto de este documento sean una realidad.

For which is described above, I **ACCEPT** the proposed procedures that will be carried out and I am well-informed in my declaration, as well as the attention to accidents and/or emergencies, all of which are under the ethical principles and scientific medical practice, the aforementioned based upon the clinical record of NOM-004-SSA3-2012.

Due to this I expressly reserve the right to revoke my consent at any moment before the treatment and/or procedures within this document are carried out.

Nombre y Firma del Médico Tratante
Name and Signature of the Treating

Nombre y Firma del Paciente
Name and Signature of the Patient

Nombre y Firma del Familiar
Name and Signature of the Family

Nombre y Firma del Testigo
Name and Signature of the Witness

En caso de que el paciente, responsable o representante legal niegue el consentimiento:

Niego la autorización a que se me realicen los procedimientos que me fueron explicados y que me doy por enterado en mi declaración, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante y al hospital una vez que me ha explicado los alcances clínicos del rechazo del acto mencionado y asumo las consecuencias de esta decisión.

In the case that the patient, the person responsible, or the legal representative denies consent:

I deny the authorization to carry out the procedures that were explained and that I am well-informed in my declaration, exempting the treating physician and hospital of all responsibilities once the clinical significance of the mentioned act has been explained to me and I assume the consequences of this decision.

Nombre y Firma del Médico Tratante
Name and Signature of the Treating

Nombre y Firma del Paciente
Name and Signature of the Patient

Nombre y Firma del Familiar
Name and Signature of the Family

Nombre y Firma del Testigo
Name and Signature of the Witness