

## Consentimiento Informado para Transfusión de Componentes Sanguíneos:

Nombre del paciente:		Servicio:	
Rut:		Cama:	
Fecha de Nacimiento:		Episodio:	
Diagnóstico:			

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento			
Representante legal:		Rut:	

Con fecha \_\_\_\_\_, por medio del presente documento declaro que el médico \_\_\_\_\_, RUT \_\_\_\_\_, me ha explicado completa y oportunamente todos los aspectos concernientes al procedimiento transfusional que me ha indicado y comprendo lo siguiente:

La terapia transfusional es una herramienta terapéutica que puede utilizar el equipo médico con el objeto de colaborar en el tratamiento y la recuperación de mi salud.

La indicación de componentes sanguíneos está basada en guías clínicas de Clínica Bupa que orientan la decisión de transfundirme, tomando en cuenta mis condiciones fisiológicas y mi patología actual.

El médico ha sopesado el beneficio versus el riesgo que conlleva la transfusión.

Aun así, considerando todas las actividades que se realizan, cumpliendo normativas nacionales para llevar a cabo un procedimiento seguro, existen riesgos.

Las reacciones adversas observadas en nuestra clínica no superan el 2% y la gran mayoría de ellas son reacciones leves a moderadas, como fiebre, calofríos y rash urticarial que son rápidamente diagnosticadas y tratadas por el equipo clínico, sin embargo, de manera excepcional pueden haber reacciones graves que pueden poner en peligro la vida de un paciente y que requieren de tratamientos especiales.

<input type="checkbox"/>	<b>DOY</b> mi consentimiento informado y voluntario para que se me realice transfusión de componentes sanguíneos cuando mi condición de salud lo amerite.
<input type="checkbox"/>	<b>NIEGO</b> mi consentimiento para que se me realice una transfusión sanguínea. Se me ha informado y comprendo los riesgos asociados a mi rechazo y acepto toda la responsabilidad por esos riesgos.

Firma paciente o representante legal:		Firma médico:	
---------------------------------------	--	---------------	--

Si el paciente no tuviese la facultad para otorgar un consentimiento informado o NO existiesen acompañantes que pudiesen realizar esta acción, yo _____, Rut _____ como médico tratante, tomo la facultad para tomar la decisión y autorizar la transfusión de componentes sanguíneos por mi paciente.	
Firma médico:	

<b>Revocación de Consentimiento Informado:</b>			
Firma paciente o representante legal:		Firma médico:	

Con Fecha \_\_\_\_\_