

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.

	DOY mi consentimiento informado y voluntario para que se me realice transfusión de componentes sanguíneos cuando mi condición de salud lo amerite.
	NIEGO 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:	
---------------	--

Revocación de Consentimiento Informado:			
Firma paciente o representante legal:		Firma médico:	

Con Fecha _____