

Your
Hospital's
Logo
Here

CONSENT FOR ELECTIVE TRANSFUSION OF BLOOD OR BLOOD PRODUCTS

PATIENT IDENTIFICATION

1. Doctor _____ has informed me that I need, or may need, a transfusion of blood and / or blood products as part of my medical treatment, and he / she has explained the reason for the transfusion(s).
2. My doctor has also explained to me the possible risks and consequences associated with transfusion(s), which may include but are not limited to fever; allergic reactions; transmission of infections such as hepatitis: HIV (AIDS virus); and cytomegalovirus (CMV); hemolytic transfusion reaction; and fluid overload. I understand that these risks exist despite the fact that the blood has been carefully tested.
3. The alternatives to transfusion including the risks and consequences if I decide not to receive this therapy have been explained to me.
4. I have had the opportunity to ask questions which have been answered to my satisfaction. I give my consent to the transfusion(s).

SIGNATURE OF PATIENT -or- LEGALLY RESPONSIBLE PERSON

DATE

TIME

RELATIONSHIP (IF OTHER THAN PATIENT)

SIGNATURE OF WITNESS

SIGNATURE OF TRANSLATOR -or- READER

PART OF THE MEDICAL RECORD

Your
Hospital's
Logo
Here

**CONSENTIMIENTO PARA UNA
TRANSFUSIÓN ELECTIVA
DE SANGRE Y SUS
COMPONENTES**

PATIENT IDENTIFICATION

CONSENT FOR TRANSFUSION OF WHOLE BLOOD (HUMAN) AND BLOOD COMPONENTS

1. El (la) doctor(a) _____ me ha informado que necesito ó puedo necesitar una transfusión de sangre y/ó productos sanguíneos como parte de mi tratamiento médico, y el/ella me ha explicado la razón para la(s) transfusión(es).
2. Mi médico también me ha explicado los posibles riesgos y consecuencias asociadas con la(s) transfusión(es) las que pueden incluir pero no limitarse a fiebre; reacciones alérgicas, transmisión de infecciones como la hepatitis, HIV(virus del CIDAS), y virus citomegalo(VCM); reacción hemolítica de transfusión; y sobrecarga de fluidos. Entiendo que estos riesgos existen a pesar del hecho que la sangre ha sido cuidadosamente examinada.
3. Alternativas a la transfusión, incluyendo los riesgos y consecuencias si decido no recibir ésta terapia me han sido explicadas.
4. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las que han sido contestadas a mi entera satisfacción. Y doy mi consentimiento para la(s) transfusión(es).

FIRMA DEL PACIENTE ó PERSONA LEGALMENTE RESPONSIBLE
SIGNATURE OF PATIENT -or- LEGALLY RESPONSIBLE PERSON

FECHA / DATE

HORA / TIME

RELACIÓN SI ES OTRA PERSONAL Y NO EL PACIENTE
RELATIONSHIP (IF OTHER THAN PATIENT)

FIRMA DEL TESTIGO (WITNESS)

FIRMA DE TRADUCTOR ó LECTOR (INTERPRETER -or- READER)

PART OF THE MEDICAL RECORD