**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y HEMODERIVADOS**

Ciudad de México a \_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. de Registro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Diagnóstico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA**

Entendamos a la transfusión sanguínea como la transferencia de sangre o componentes sanguíneos de un sujeto (donante) a otro (receptor).

**BENEFICIOS ESPERADOS**

Mantener la función o concentración de uno o más de los componentes de la sangre, para lograr una adecuada oxigenación, o bien detener o prevenir hemorragias.

**RIESGOS**

Los más habituales son: fi­ebre, escalofrío, sensación de comezón, cosquilleo y pérdida de la sensibilidad.

En algunos casos de gravedad, puede generar en el receptor: sobrecarga de líquidos, lesión pulmonar, degradación de los glóbulos rojos (eritrocitos) debido a una falta de coincidencia del grupo sanguíneo entre donante y receptor, choque anafiláctico que por sí mismos puedan requerir de tratamiento médico o quirúrgico complementario que puede prolongar la estancia hospitalaria o inclusive provocar la muerte, así como enfermedades de Trasmisión Sanguínea (Sífilis, Hepatitis, HIV, etc.)

Por mi propio derecho, en pleno uso de mis facultades y por mi libre decisión otorgo la autorización que conforme a derecho corresponda; a efecto de que el personal médico y de enfermería adscrito al Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, me realice el procedimiento que consiste en:

**TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y HEMODERIVADOS**

Procedimiento que es vital para mi persona y necesario para mi recuperación física.

Acepto y autorizo a los profesionales de la salud del Instituto Nacional de Rehabilitación LGII para que me apliquen los tratamientos y medidas terapéuticas adicionales que sean necesarias para el mantenimiento del estado de salud, en caso de que ocurran contingencias durante el procedimiento.

**Aviso de Privacidad:** El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, garantiza el derecho que tiene toda persona a la protección de sus datos personales recabados en este formulario, los cuales serán de uso exclusivo para la Carta de Consentimiento Informado para Transfusión Sanguínea y Hemoderivados, como lo establece el art. 25 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

**DECLARACIONES Y FIRMAS**

Declaro que:

* He sido informado de forma compresible de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado.
* Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han sido aclaradas todas mis dudas.
* En consecuencia, doy mi consentimiento para su realización.
* He sido informado de la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento, aceptando firmar la misma si esto llegara a suceder.

**1.- Paciente que recibió la información:**

 Nombre Firma (O en su caso huella digital)

**2.- Familiar responsable:**

 Nombre Firma (O en su caso huella digital) Parentesco

**3.- Médico (a) que proporciona la información:**

 Nombre Firma

**DENEGACIÓN O REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO.**

Fecha de revocación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora de revocación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión, liberando de toda responsabilidad médica y legal al Instituto Nacional de Rehabilitación LGII y a su personal médico y paramédico.

Motivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1.- Paciente o representante legal:**

 Nombre Firma (O en su caso huella digital)

**2.- Testigo familiar o responsable del paciente:**

 Nombre Parentesco Firma (O en su caso huella digital) **3.- Enfermera(o) que proporciona la información:**

 Nombre Firma

**4.- Testigo por el INRLGII**

Nombre y cargo Firma