

# PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD Y MANEJO DE HEMOCOMPONENTES

## AUTORIZACIÓN

ELABORÓ: RÚBRICA  
DRA. ARIANNA ROBLES RODRÍGUEZ  
RESPONSABLE DEL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

Vo.Bo. RÚBRICA  
DR. CARLOS ROBERTO BEST AGUILERA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGÍA

APROBÓ: RÚBRICA  
DR. RAÚL VILLARROEL CRUZ  
SUBDIRECTOR MEDICO

AUTORIZÓ: RÚBRICA  
DR. ENRIQUE RÁBAGO SOLORIO  
DIRECTOR GENERAL

## HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE

CÓDIGO: DOM-P112-HM1\_001

FECHA DE EMISIÓN: 18 FEBRERO 2011

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 21 SEPTIEMBRE 2011

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 18 DE OCTUBRE DEL 2011

Sello	<b>DOCUMENTO DE REFERENCIA</b>
	El Presente procedimiento <u>Si</u> cumple con lo establecido en la Guía Técnica para Documentar Procedimientos.
Sello	

Este documento es vigente y está actualizado porque responde a las necesidades actuales de la unidad, y no hay uno nuevo que lo sustituya.

Responsable de la información: Hospital General de Occidente.  
Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos  
Fecha de publicación: 04 Julio 2014



# PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD Y MANEJO DE HEMOCOMPONENTES



CÓDIGO: DOM-P112-HM1\_001  
FECHA DE EMISIÓN: 18 FEBRERO 2011  
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 09 SEPTIEMBRE 2011

## Objetivo

Establecer la metodología para garantizar la calidad y la seguridad de las actividades involucradas en la gestión y obtención de los hemocomponentes que se transfunden en el Hospital General de Occidente.

**Límites del procedimiento:** Inicia cuando el médico tratante indica por escrito la transfusión del hemocomponente, concluye cuando se recoge el hemocomponente del Centro Jalisciense de Transfusión Sanguínea (CJTS).

## Alcance

**Áreas que intervienen:** Servicio de Hematología, Centro Jalisciense de Transfusión Sanguínea y los Servicios del Hospital General de Occidente que requieran transfundir uno o varios de los hemocomponentes.

## Políticas

- Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todos los Centros de Responsabilidad y Contraloría Interna.
  - Un procedimiento **actualizado** es aquel que está vigente y responde a las necesidades actuales de la Institución
  - Un procedimiento es **vigente** mientras no haya uno nuevo que lo supla o sustituya; por lo tanto se sigue aplicando aunque las fechas de autorización no correspondan a los del mes y año en curso, ni los nombres de los directivos a los que ostentan el cargo en la actualidad.
  - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales de la Institución y éste se encuentra en desuso o existe uno nuevo.
- El manejo de hemocomponentes será exclusivo del personal médico y paramédico del Hospital General de Occidente.
- En caso de registrarse una eventualidad, el personal deberá solicitar apoyo al responsable del servicio de transfusión, jefe de servicio correspondiente a la Subdirección Médica del Hospital General de Occidente.

SELO



**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
2

*Hospital General de Occidente*



## Definiciones:

- Hematología:** Estudio de la sangre de los órganos que la producen, en particular el que se refiere a los trastornos patológicos de la sangre.
- Eventualidad:** Hecho o circunstancia de realización incierta o conjetural.
- Hemocomponente:** Fracción de la sangre obtenida en el banco de sangre en forma manual o con ayuda de equipos especiales.
- Transfusión:** Operación por medio de la cual se hace pasar directa o indirectamente la sangre o plasma sanguíneo de las arterias o venas de un individuo a las arterias o venas de otro.
- Muestra:** Volumen de sangre o cualquiera de sus componentes que se obtiene de un donante, de un paciente o de las unidades fraccionadas y que tiene fines de investigación.
- Concentrado de eritrocitos:** Fracción que contiene principalmente glóbulos rojos, como resultante de la remoción casi completa del plasma de la sangre recolectada.
- Plasma:** Sobrenadante de una muestra de sangre centrifugada el cual cuenta con todos los factores de coagulación
- Concentrado de plaquetas:** Trombocitos recolectados por aféresis o preparados mediante fraccionamiento de unidades de sangre fresca.
- Crioprecipitado:** Fracción proteica del plasma fresco congelado que precipita al descongelarse en condiciones controladas y contiene algunos factores de la coagulación especialmente factor VIII, factor de Von Willebrand, fibrinógeno y factor XIII.
- CJTS** Centro Jalisciense de Transfusión Sanguínea.
- Personal Médico y Paramédico:** Para fines de este documento, este término se refiere al siguiente personal: Médicos Especialistas (Adscritos y Jefes de Servicio), Médicos Residentes, Médicos Internos de Pregrado, Médicos Generales, Enfermeras Generales, enfermeras Especialistas y Auxiliares de Enfermería.

SELO



**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
3

*Hospital General de Occidente*



# PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD Y MANEJO DE HEMOCOMPONENTES



CÓDIGO: DOM-P112-HM1\_001  
 FECHA DE EMISIÓN: 18 FEBRERO 2011  
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 09 SEPTIEMBRE 2011

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD
1.	Médico tratante	Anota en la <b>hoja de indicaciones del paciente (Anexo 2)</b> y en el expediente clínico del mismo la indicación de realizar la transfusión de uno o varios hemocomponentes e indica a los médicos residentes realizar la solicitud de hemocomponente y recabar la firma del <b>consentimiento informado (Anexo 5)</b> e indica a personal de enfermería realizar la transfusión del mismo.
2.	Personal médico	<p>Realiza la solicitud del hemocomponente en el <b>formato fr-05-02-2 007 (Anexo 3)</b> el cual deberá ser completado con los siguientes datos de identificación de la unidad médica solicitante, Nombre completo, fecha de nacimiento, edad, sexo, Grupo ABO y Rh del paciente, Hemoglobina, Hematocrito, antecedentes transfusionales, gestacionales, inmunización materno fetal o de reacciones transfusionales adversas, motivo de la indicación transfusional, , número de expediente o de registro, nombre del servicio el cual realizará el acto transfusional, descripción del tipo de hemocomponente(s) solicitado(s), cantidad, volumen (casos pediátricos) o características específicas requeridas (Aféresis), fecha y hora que se realizará la transfusión, indicar en lugar visible si es ORDINARIA o URGENTE, fecha de la solicitud, diagnóstico, número de cama y solicita nombre completo y firma de autorización del médico.</p> <p><b>Notas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La solicitud para paquete globular (formato fr-05-02-2 007) debe ir firmada por médico tratante, médico adscrito o médico residente de mayor jerarquía.</li> <li>- La solicitud de cualquier otro hemocomponente debe ser firmada por médico tratante y avalada por médico adscrito o médico residente del departamento de hematología del Hospital General de Occidente, si esto no es posible y el caso lo amerita la autorización será por el subdirector médico en turno.</li> <li>- Una solicitud será válida por máximo 3 unidades de paquete globular y 3 unidades de plasma.</li> <li>- Se extiende una solicitud diaria por cada indicación en caso de plaquetas y crioprecitados.</li> </ul>

SELLO



**DOCUMENTO DE REFERENCIA**



# PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD Y MANEJO DE HEMOCOMPONENTES



CÓDIGO: DOM-P112-HM1\_001  
 FECHA DE EMISIÓN: 18 FEBRERO 2011  
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 09 SEPTIEMBRE 2011

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
3.	Personal médico	Dirígete a donde se encuentra el paciente y previa explicación clara y concreta del por qué es necesaria la transfusión, el riesgo, los beneficios de está y las alternativas que existen. Solicita al paciente o familiar responsable la firma del consentimiento para realizar la transfusión, al igual que la firma de un testigo.						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Está de acuerdo en firmar el consentimiento informado?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Otorga por escrito un <b>consentimiento informado (anexo 5)</b> con copia que deberá firmar con fecha actual el paciente y un testigo, una copia se archiva en el expediente y otra se quedará con el paciente. En el caso de pacientes menores de edad este consentimiento lo firmará la madre, el padre o tutor. <b>Aplica siguiente actividad.</b></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Redacta una nota clínica aclaratoria en el expediente e indica al paciente o familiar que deberán firmar de enterados y responsables sobre las consecuencias que podría ocasionar el no transfundir el hemocomponente indicado.  <b>Nota:</b> Ya no se realiza la transfusión.  <b>Fin de Procedimiento.</b></td> </tr> </tbody> </table>	¿Está de acuerdo en firmar el consentimiento informado?	Entonces	Si	Otorga por escrito un <b>consentimiento informado (anexo 5)</b> con copia que deberá firmar con fecha actual el paciente y un testigo, una copia se archiva en el expediente y otra se quedará con el paciente. En el caso de pacientes menores de edad este consentimiento lo firmará la madre, el padre o tutor. <b>Aplica siguiente actividad.</b>	No	Redacta una nota clínica aclaratoria en el expediente e indica al paciente o familiar que deberán firmar de enterados y responsables sobre las consecuencias que podría ocasionar el no transfundir el hemocomponente indicado.  <b>Nota:</b> Ya no se realiza la transfusión.  <b>Fin de Procedimiento.</b>
		¿Está de acuerdo en firmar el consentimiento informado?	Entonces					
Si	Otorga por escrito un <b>consentimiento informado (anexo 5)</b> con copia que deberá firmar con fecha actual el paciente y un testigo, una copia se archiva en el expediente y otra se quedará con el paciente. En el caso de pacientes menores de edad este consentimiento lo firmará la madre, el padre o tutor. <b>Aplica siguiente actividad.</b>							
No	Redacta una nota clínica aclaratoria en el expediente e indica al paciente o familiar que deberán firmar de enterados y responsables sobre las consecuencias que podría ocasionar el no transfundir el hemocomponente indicado.  <b>Nota:</b> Ya no se realiza la transfusión.  <b>Fin de Procedimiento.</b>							
No	Redacta una nota clínica aclaratoria en el expediente e indica al paciente o familiar que deberán firmar de enterados y responsables sobre las consecuencias que podría ocasionar el no transfundir el hemocomponente indicado.  <b>Nota:</b> Ya no se realiza la transfusión.  <b>Fin de Procedimiento.</b>							
4.	Personal médico o paramédico	Toma una muestra de sangre del paciente de 3 a 5 ml aproximadamente, utiliza un tubo con EDTA (tapón morado), etiqueta la muestra con los siguientes datos del paciente: Nombre completo, fecha de nacimiento, fecha y hora de la toma. Junto con la solicitud <b>formato fr-05-02-2 007 (Anexo 3)</b> lleva la muestra al laboratorio de Banco de Sangre del Centro Jalisciense de la Transfusión Sanguínea, registra la solicitud en el reloj chocador de dicho centro. Posteriormente entrega la muestra y solicitud al personal del laboratorio del banco de Sangre en el mencionado CJTS.						
5.	Personal del laboratorio de Banco de Sangre del CJTS	Recibe el tubo con la muestra de sangre y determina si es adecuada.						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿La muestra es adecuada?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Da seguimiento al proceso interno para pruebas cruzadas y/o selección de hemocomponentes e informa el tiempo de entrega del hemocomponente. <b>Aplica actividad 7</b></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Notifica que no está correcta la muestra y la regresas al personal médico o paramédico encargado de la muestra. <b>Aplica actividad 6.</b></td> </tr> </tbody> </table>	¿La muestra es adecuada?	Entonces	Si	Da seguimiento al proceso interno para pruebas cruzadas y/o selección de hemocomponentes e informa el tiempo de entrega del hemocomponente. <b>Aplica actividad 7</b>	No	Notifica que no está correcta la muestra y la regresas al personal médico o paramédico encargado de la muestra. <b>Aplica actividad 6.</b>
		¿La muestra es adecuada?	Entonces					
Si	Da seguimiento al proceso interno para pruebas cruzadas y/o selección de hemocomponentes e informa el tiempo de entrega del hemocomponente. <b>Aplica actividad 7</b>							
No	Notifica que no está correcta la muestra y la regresas al personal médico o paramédico encargado de la muestra. <b>Aplica actividad 6.</b>							
No	Notifica que no está correcta la muestra y la regresas al personal médico o paramédico encargado de la muestra. <b>Aplica actividad 6.</b>							

SELLO



**DOCUMENTO DE REFERENCIA**



# PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD Y MANEJO DE HEMOCOMPONENTES



CÓDIGO: DOM-P112-HM1\_001  
 FECHA DE EMISIÓN: 18 FEBRERO 2011  
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 09 SEPTIEMBRE 2011

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
6.	Personal médico o paramédico	Recibe la muestra rechazada por CJTS y deséchala como RPBI ( <b>ver Procedimiento para el Manejo de Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos RPBI DOM-P16</b> ), toma una nueva muestra de manera adecuada. <b>Aplica actividad 4</b>						
7.	Personal médico o paramédico	<p>Recoge el hemocomponente en el tiempo que informa el CJTS. Verifica y determina que el nombre del donador y número de la unidad sean los mismo que aparecen en la <b>tarjeta de hemovigilancia (Anexo 4)</b> verifica el nombre del receptor que aparece en el <b>formato fr-05-02-2 007 (Anexo 3)</b> coincida con el reportado en la <b>tarjeta de hemovigilancia (Anexo 4)</b>.</p> <table border="1"> <tr> <td>¿Coinciden los datos y son correctos?</td> <td>Entonces</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Rechaza el hemocomponente. <b>Aplica actividad 4.</b></td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>                     Firma en el <b>formato fr-05-02-2 007 (Anexo 3)</b> de recibido, traslada de forma directa y lo más pronto posible el hemocomponente, junto con la <b>tarjeta de hemovigilancia (Anexo 4)</b> al lugar donde se encuentra el paciente y donde se llevará a cabo la transfusión.   <b>Notas:</b>                      -De preferencia las unidades se colocarán en el interior de contenedores termoaislantes, de tal forma, que no sufran movimientos violentos ni cambios bruscos de temperatura.                      -En caso de tratarse de plaquetas éstas se trasladan con una agitación suave y constante.                      -El tiempo promedio de traslado del CJTS al área de transfusión es de 10 minutos.                 </td> </tr> </table> <p><b>Fin de procedimiento.</b></p>	¿Coinciden los datos y son correctos?	Entonces	No	Rechaza el hemocomponente. <b>Aplica actividad 4.</b>	Si	Firma en el <b>formato fr-05-02-2 007 (Anexo 3)</b> de recibido, traslada de forma directa y lo más pronto posible el hemocomponente, junto con la <b>tarjeta de hemovigilancia (Anexo 4)</b> al lugar donde se encuentra el paciente y donde se llevará a cabo la transfusión.  <b>Notas:</b> -De preferencia las unidades se colocarán en el interior de contenedores termoaislantes, de tal forma, que no sufran movimientos violentos ni cambios bruscos de temperatura. -En caso de tratarse de plaquetas éstas se trasladan con una agitación suave y constante. -El tiempo promedio de traslado del CJTS al área de transfusión es de 10 minutos.
¿Coinciden los datos y son correctos?	Entonces							
No	Rechaza el hemocomponente. <b>Aplica actividad 4.</b>							
Si	Firma en el <b>formato fr-05-02-2 007 (Anexo 3)</b> de recibido, traslada de forma directa y lo más pronto posible el hemocomponente, junto con la <b>tarjeta de hemovigilancia (Anexo 4)</b> al lugar donde se encuentra el paciente y donde se llevará a cabo la transfusión.  <b>Notas:</b> -De preferencia las unidades se colocarán en el interior de contenedores termoaislantes, de tal forma, que no sufran movimientos violentos ni cambios bruscos de temperatura. -En caso de tratarse de plaquetas éstas se trasladan con una agitación suave y constante. -El tiempo promedio de traslado del CJTS al área de transfusión es de 10 minutos.							

DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS		
Asesorado por:	LAFS Claudia Guadalupe Rea Hernández	.
PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN		
.	.	.

SELLO



**DOCUMENTO DE REFERENCIA**



# PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD Y MANEJO DE HEMOCOMPONENTES



CÓDIGO: DOM-P112-HM1\_001  
FECHA DE EMISIÓN: 18 FEBRERO 2011  
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 09 SEPTIEMBRE 2011

## Documentos de Referencia

Código	Documento
DOM-P16	Procedimiento para el manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos RPBI
NOM-003-SSA2-1993	Norma Oficial Mexicana; para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

## Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
	Anexo 01 Diagrama de Flujo
	Anexo 02 Hoja de indicaciones del paciente
	Anexo 03 Formato fr-05-02-2 007
	Anexo 04 Tarjeta de hemovigilancia
	Anexo 05 Consentimiento informado

SELO



**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
7

*Hospital General de Occidente*



# ANEXOS

SELO



**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
8

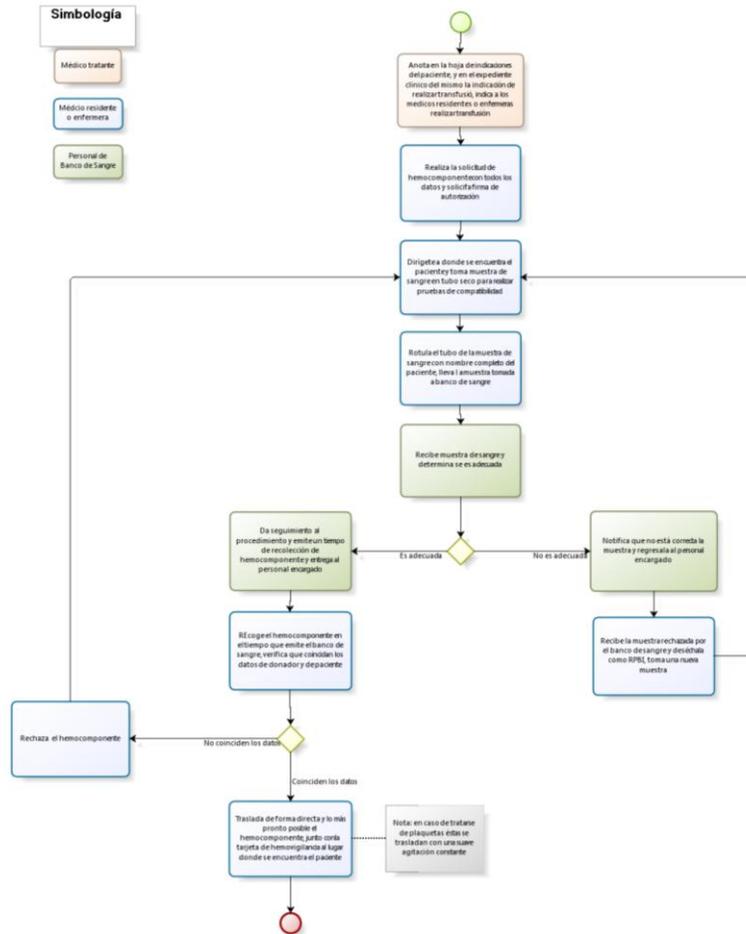
*Hospital General de Occidente*



# PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD Y MANEJO DE HEMOCOMPONENTES



## ANEXO 01: DIAGRAMA DE FLUJO



SELO



**DOCUMENTO DE REFERENCIA**



ANEXO 02: HOJA DE INDICACIONES DEL PACIENTE

 <p>GOBIERNO DE JALISCO</p>	 <p>Hospital General de Occidente</p>	<b>SECRETARIA DE SALUD JALISCO</b> <b>HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE</b>
HOJA DE INDICACIONES		NOM-168-SSA1-1998
Nombre _____	Genero _____	Edad _____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	Servicio: _____	Fecha de Ingreso: ____ / ____ / ____
Diagnostico: _____		
Cama No. _____	Registro _____	
Fecha/Hora	Indicaciones: Especificar Dosis, Vía y Periodicidad del Médico/Residente	Nombre, Firma y Clave

SELO



**DOCUMENTO DE REFERENCIA**



PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD Y MANEJO DE HEMOCOMPONENTES



Código: DOM-P112-HM1\_001  
 Fecha de Emisión: 18 FEBRERO 2011  
 Fecha de Actualización: 09 SEPTIEMBRE 2011

ANEXO 03: FORMATO FR-05-02-2-007

**CENTRO JALISCIENSE DE LA TRANSFUSION SANGUINEA**  
**BANCO DE SANGRE**  
 AV. Zoquitpan # 1050, Zapopan,, Jalisco, Tel:36367667 - 36564608

NOMBRE		N. De Exp	
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SERVICIO	Número de Cama
Hb. _____ g/dl	Hto _____ %	DIAGNOSTICO	
MEDICAMENTOS UTILIZADOS			
TRANSFUSIONES PREVIAS	SI ( ) NO ( )	FECHA DE LA ULTIMA TRANSFUSION	
REACCIONES TRANSFUSIONALES	SI ( ) NO ( )	TIPO DE REACCION	
EMBARAZOS	SI ( ) NO ( )	PRODUCTO CON ENF. HEMOLITICA	SI ( ) NO ( )
PAQUETE GLOBULAR	_____ ml	PLASMA FRESCO CONGELADO	Unidades
CONCENTRADOS PLAQUETARIOS	_____ Unidades	CONCENTRADO DE PLAQUETAS-FRESIS	Unidades
CRIOPRECIPITADOS (F VIII)	_____ Unidades	Albumina humana al 25%	mi-
URGENTE	( ) ORDINARIA ( )	GUARDIA ( ) CIRUGIA EL DIA _____ A LAS _____	HRS.
DONADORES		GPO SANGUINEO	RECIBIO (nombre, firma, fecha y hora)

SOLICITA: HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE, AV. ZOQUITPAN # 1050, TEL 3633 48 93 ZAPOPAN, JALISCO

Nombre completo y firma	FECHA	HORA
RECIBIO	FECHA	HORA



SELO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**





ANEXO 05: CONSENTIMIENTO INFORMADO



**GOBIERNO DE JALISCO**



Hospital General de Occidente

SECRETARIA DE SALUD JALISCO  
HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y/O SUS COMPONENTES**

Estimado paciente su médico le ha indicado una transfusión de sangre o de algún hemocomponente (paquete globular, plasma, plaquetas o crioprecipitados) con la finalidad de mejorar su salud.

El o los componentes sanguíneos que se le van a transfundir han sido obtenidos de donadores seleccionados de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, se han analizado y encontrado negativos para el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el virus de la hepatitis C, el virus de la hepatitis B, el triponema páldo (Sífilis), Brucelosis y la Enfermedad de Chagas. Por otra parte las unidades sanguíneas han sido cruzadas y encontradas compatibles con Usted. Hoy como nunca antes, la medicina transfusional moderna ha minimizado los riesgos transfusionales, sin embargo estos existen y entre ellos se calcula que el riesgo de la transfusión del virus de la VIH es de 1 en 2,300,000 personas, para la hepatitis B es 1 en 220,000 y para la hepatitis C es 1 en 1,800,000. Otras complicaciones potenciales son fiebre, rash y más raramente hemólisis intravascular que puede manifestarse por dolor de espalda, hipotensión arterial y orina oscura.

Por otra parte aunque únicamente los hemocomponentes tienen la capacidad de proporcionar de manera inmediata el beneficio terapéutico que se persigue con su transfusión, al tratar condiciones que pueden poner en peligro la vida (corregir un estado anémico o bien cohibir o prevenir hemorragias, entre otras). Existen algunas medidas alternativas que solo en casos seleccionados y exclusivamente a juicio del médico podrían ser o no de utilidad como la eritropoyetina, hemolínicos, soluciones expansores del plasma, así como la utilización de factores de la coagulación (fibrinógenos de origen recombinante o bien como resultado de la industrialización del plasma.

De la misma forma en condiciones especiales y casos seleccionados se puede considerar la autotransfusión mediante depósito previo. De existir alguna duda al respecto por favor hágalo saber a su médico, el conoce la situación clínica y es la persona calificada para clarificar sus inquietudes.

A continuación y antes de proceder se le solicita que otorgue su consentimiento bajo los siguientes términos:

El que suscribe \_\_\_\_\_  
Con cédula \_\_\_\_\_.

Habiendo comprobado cabalmente la vigencia de mis derechos para ser atendido en éste Hospital, hago constar que el Dr. \_\_\_\_\_ Médico del Hospital General de Occidente ha tenido a bien explicarme todo sobre la transfusión sanguínea (en forma verbal y por escrito) y he aclarado mis dudas de tal forma que soy consciente de los riesgos y beneficios que este procedimiento implica.

En pleno uso de mi conciencia DOY MI AUTOTIZACIÓN AMPLIA Y ABSOLUTA para que se me realice la transfusión (es) sanguínea(s), (sangre y/o hemocomponente) necesario(s).

Se que el tratamiento propuesto por los médicos del HGO es la mejor opción para mi bienestar, en este acto libero el cuerpo Médico, Enfermería y personal de Banco de Sangre de responsabilidades médico-legales en caso de surgir alguna complicación, pues doy por entendido que todo procedimiento tiene como única finalidad la recuperación de mi salud en términos humanamente comprensibles, pero no están exentos de riesgo.

Zapopan Jal. A. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
MEDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_  
PACIENTE

TESTIGO: \_\_\_\_\_  
domicilio: \_\_\_\_\_

telefono: \_\_\_\_\_

En caso de pacientes menores de edad o con impedimentos físicos o mentales, deberán firmar los padres o representantes legales.

SELO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

