Nombres y apellidos del paciente: **CASTIBLANCO LOPEZ LIA SALOME**

Tipo de Identificación: **RC** Número de identificación: **1206231475**

Consentimiento para transfusión de hemocomponentes

A través de la presente documentación, OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE O HEMOCOMPONENTES, cuando se considere necesario para mi tratamiento médico, durante mi estadía en el Hospital Cardiovascular de Cundinamarca S.A. En este sentido, confirmo que mi médico tratante me ha explicado los riesgos, y que se realizarán todas las pruebas y tomarán las medidas para reducirlos. Así mismo, se me explicaron las consecuencias de no realizar el procedimiento. También se me explicaron los beneficios, y alternativas a la transfusión. Durante este proceso de consentimiento informado he tenido la oportunidad de realizar todas las preguntas que tuve, y mis inquietudes han sido discutidas y respondidas a mi satisfacción. También comprendo que no hay garantía absoluta de que la transfusión me beneficiará, aunque sea la única alternativa terapéutica disponible para mí en este momento. **Todos los espacios en blanco se han diligenciado antes de mi firma, y estoy en capacidad de expresar libremente mi consentimiento.** También se me explicó que en cualquier momento puedo cambiar de opinión y tengo el derecho de revocar este consentimiento, aun después de haberlo firmado. Autorizo a la IPS Hospital Cardiovascular de Cundinamarca S.A, de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca, para que en los términos legalmente establecidos realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar. Todas las consultas y reclamos en materia de datos personales deberán presentarse a través de los canales de atención oficiales dispuestos por la IPS, los cuales son: Tel. 5922979 - aten.usuario@hccsa.com.co

Nota: Cuando el paciente no tenga capacidad para otorgar el consentimiento, las manifestaciones contenidas en el presente documento son realizadas por la persona responsable o el representante legal para tales efectos.

Por lo anteriormente descrito, AUTORIZO AL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL CARDIOVASCULAR DE CUNDINAMARCA PARA QUE SE ME REALICE LA TRANSFUSIÓN.

Declaración y firma del Paciente

Nombres y apellidos del paciente: Lia salome lopez castiblanco

Firma del paciente: _____ Fecha y hora: **24/09/25**

Representante legal: Nombres y apellidos: _____

Número de documento: _____ Parentesco /relación con paciente: _____

Firma: _____ Fecha y hora: **24/09/25**

Médico tratante: Nombres y apellidos: _____

No. de registro médico _____ Firma: _____ Fecha y hora: **24/09/25**

ARIEL ALVARADO
Dr. CC. 79729326

Nota: Documento adoptado de Instituto Nacional de Salud.

Grupo Sanguíneo: O+ Vo. Bo (Banco de Sangre):

1 GR XC 9:58 24/09/25
1 Plaq pl 04 30/9.
1 Crio - LMS - 30/09

	TIPO DE DOCUMENTO	Área o Proceso que lo Genera:		
	FORMATO	BANCO DE SANGRE		
	NOMBRE	Código	Versión	Paginado
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES	F 168 GC	01	Página 1 de 2

Este documento sirve como complemento a la conversación que usted está sosteniendo con su médico y es la evidencia de que este proceso se desarrolló. Es importante que tenga clara la información que se le ha suministrado y que, si usted tiene más preguntas, con toda tranquilidad nos las realice antes de firmarlo. Respetando el principio ético de autonomía y su derecho a ser informado sobre el procedimiento de la transfusión, usted es libre de decidir si autoriza o no a que se le realice el procedimiento. Además, usted es libre de cambiar su decisión con respecto a lo que va a manifestar en este documento: en este último caso será necesario informar al equipo tratante, por cuanto seguiremos atentos a resolver cualquier inquietud de su parte.

El Dr. **ARIEL OMAR ALVARADO cc 79729370** me ha informado que, en el curso de mi tratamiento para _____, necesito la transfusión de uno o varios hemocomponentes, para lo cual se me ha informado lo siguiente:

Descripción del proceso: se me administrarán una o más unidades de hemocomponentes, a través de punción en una de mis venas, lo que le permite a mi organismo reponerlos, ya sea porque no los produzca en cantidad suficiente, porque la calidad de los míos no sea la adecuada o porque los haya perdido. Estos hemocomponentes se han obtenido de uno o varios donantes, los cuales han tenido un proceso de selección, por medio de una encuesta y un examen clínico y se le han hecho pruebas para detectar algunos agentes infecciosos, como: VIH, hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, Sífilis y HTLV 1 y 2, y las pruebas para establecer el grupo sanguíneo y el factor Rh. Así mismo, se realizarán pruebas de compatibilidad entre mi sangre y la sangre que se me va a transfundir.

Beneficios: la transfusión de sangre o hemocomponentes puede ayudar a corregir los niveles bajos de componentes sanguíneos en mi cuerpo. Como resultado, en algunos casos puede ayudar a aliviar mis síntomas o a mejorar mi estado de salud. En casos de anemia, la transfusión de glóbulos rojos puede mejorar el aporte de oxígeno a los tejidos y órganos. Las plaquetas pueden ayudar a mejorar la coagulación, para detener o prevenir sangrados. El plasma y el crioprecipitado pueden ayudar a reponer factores de coagulación. Entiendo que las decisiones que estamos tomando buscan el mayor beneficio terapéutico que sea posible en mi caso particular. Además, se me informó sobre los posibles riesgos, que son las consecuencias negativas que se podrían presentar debido a la transfusión de sangre o hemocomponentes, los cuales son:

- ***Agentes infecciosos:*** a pesar de las medidas tomadas durante la selección de los donantes, el procesamiento de los hemocomponentes y las pruebas de laboratorio que hayan sido efectuadas, todo paciente transfundido tiene un riesgo mínimo de haber adquirido algún agente infeccioso, antes de la transfusión o debido a la misma. Algunos agentes infecciosos son virus, como el VIH, hepatitis B y C; bacterias, que pueden producir sífilis, neumonía o meningitis; parásitos, como la malaria o Chagas; y priones, que producen encefalitis comoleias, entre otros agentes existentes. Este riesgo se debe a una fase de la enfermedad que se denomina periodo de ventana inmunológica, durante la cual el agente infeccioso está presente en niveles muy bajos en la sangre del donante o del receptor, sin que se le pueda detectar en ese momento.
- ***Reacciones transfusionales leves:*** estas son relativamente frecuentes y siempre son tratables; principalmente se pueden producir fiebre, escalofríos o enrojecimiento en el área de la piel donde se realice el procedimiento.
- ***Reacciones transfusionales potencialmente graves o letales:*** son poco frecuentes, pero también se deben tener en cuenta. Incluyen: reacciones alérgicas, hipotensión, reacciones hemolíticas, sobrecarga circulatoria, lesión pulmonar aguda producida por la transfusión, reacción séptica por la transfusión, falla renal o incluso la muerte en raras ocasiones. También pueden ocurrir efectos imprevisibles: esto es, que no puedan anticiparse o advertirse debido a los límites en el avance actual del conocimiento científico.
- ***Riesgos personalizados para el paciente:*** que en mi caso pueden ser (diligenciado por el personal médico):

_____

_____

Alternativas terapéuticas: Entiendo que no se puede administrar una transfusión sin que se hubieran evaluado otras alternativas terapéuticas: esto es, la transfusión se hace cuando se la considera como la única opción para el paciente que la necesita. Antes de proponerme este procedimiento, el equipo tratante evaluó, para mi caso particular, otras opciones terapéuticas como autotransfusión, terapia con hierro y vitaminas, infusión de expansores de volumen, medicamentos, uso intraoperatorio de un cell salvage, entre otros.

	TIPO DE DOCUMENTO	Área o Proceso que lo Genera:		
	FORMATO	BANCO DE SANGRE		
	NOMBRE	Código	Versión	Paginado
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES	F 168 GC	01	Página 2 de 2

Nombres y apellidos del paciente: **HIJO DE NELCY YURANY LOPEZ CARREÑO**

Tipo de Identificación: **NV** Número de identificación: **25093010291788**

Consentimiento para transfusión de hemocomponentes

A través de la presente documentación, OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA TRANSFUSION DE SANGRE O HEMOCOMPONENTES, cuando se considere necesario para mi tratamiento médico durante mi estadía en el Hospital Cardiovascular de Cundinamarca S.A. En este sentido, confirmo que mi médico tratante me ha explicado los riesgos, y que se realizarán todas las pruebas y tomarán las medidas para reducirlos. Así mismo, se me explicaron las consecuencias de no realizar el procedimiento. También se me explicaron los beneficios, y alternativas a la transfusión. Durante este proceso de consentimiento informado he tenido la oportunidad de realizar todas las preguntas que tuve, y mis inquietudes han sido discutidas y respondidas a mi satisfacción. También comprendo que no hay garantía absoluta de que la transfusión me beneficiará, aunque sea la única alternativa terapéutica disponible para mí en este momento. Todos los espacios en blanco se han diligenciado antes de mi firma, y estoy en capacidad de expresar libremente mi consentimiento. También se me explicó que en cualquier momento puedo cambiar de opinión y tengo el derecho de revocar este consentimiento, aun después de haberlo firmado. Autorizo a la IPS Hospital Cardiovascular de Cundinamarca S.A. de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca, para que en los términos legalmente establecidos realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar. Todas las consultas y reclamos en materia de datos personales deberán presentarse a través de los canales de atención oficiales dispuestos por la IPS, los cuales son: Tel. 5922979 - aten.usuario@hccsa.com.co

Nota: Cuando el paciente no tenga capacidad para otorgar el consentimiento, las manifestaciones contenidas en el presente documento son realizadas por la persona responsable o el representante legal para tales efectos.

Por lo anteriormente descrito, AUTORIZO AL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL CARDIOVASCULAR DE CUNDINAMARCA PARA QUE SE ME REALICE LA TRANSFUSIÓN.

Declaración y firma del Paciente

Nombres y apellidos del paciente: Hijo de Nelcy Lopez

Firma del paciente: _____ Fecha y hora: 13/09/25

Representante legal: Nombres y apellidos: Nelcy Yurany Lopez Carreño

Número de documento: 1.023.036.974. Parentesco /relación con paciente: Mamá

Firma: _____ Fecha y hora: 13/09/25

Médico tratante: Nombres y apellidos _____

No. de registro médico _____ Firma: _____ Fecha y hora: 13/09/25

Nota: Documento adoptado de Instituto Nacional de Salud.

Grupo Sanguíneo: O POSITIVO Vo. Bo (Banco de Sangre):

1 AGR - CMJ - 15/09

	TIPO DE DOCUMENTO	Área o Proceso que lo Genera:		
	FORMATO	BANCO DE SANGRE		
	NOMBRE	Código	Versión	Paginado
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES	F-168 GC	01	Página 1 de 2

Este documento le sirve como complemento a la conversación que usted está sosteniendo con su médico y es la evidencia de que este proceso se desarrolló. Es importante que tenga clara la información que se le ha suministrado y que, si usted tiene más preguntas, con toda tranquilidad nos las realice antes de firmarlo. Respetando el principio ético de autonomía y su derecho a ser informado sobre el procedimiento de la transfusión, usted es libre de decidir si autoriza o no a que se le realice el procedimiento. Además, usted es libre de cambiar su decisión con respecto a lo que va a manifestar en este documento; en este último caso será necesario informar al equipo tratante, por cuanto seguiremos atentos a resolver cualquier inquietud de su parte.

El Dr **JOHANA INES ACOSTA** **cc 51992323** me ha informado que, en el curso de mi tratamiento para _____, necesito la transfusión de uno o varios hemocomponentes, para lo cual se me ha informado lo siguiente:

Descripción del proceso: se me administrarán una o más unidades de hemocomponentes, a través de punción en una de mis venas, lo que le permite a mi organismo reponerlos, ya sea porque no los produzca en cantidad suficiente, porque la calidad de los míos no sea la adecuada o porque los haya perdido. Estos hemocomponentes se han obtenido de uno o varios donantes, los cuales han tenido un proceso de selección, por medio de una encuesta y un examen clínico y se le han hecho pruebas para detectar algunos agentes infecciosos, como el VIH, hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, Sífilis y HTLV 1 y 2, y las pruebas para establecer el grupo sanguíneo y el factor Rh. Así mismo, se realizarán pruebas de compatibilidad entre mi sangre y la sangre que me va a ser transfundir.

Beneficios: la transfusión de sangre o hemocomponentes puede ayudar a corregir los niveles bajos de componentes sanguíneos en mi cuerpo. Como resultado, en algunos casos puede ayudar a aliviar mis síntomas o mejorar mi estado de salud. En casos de anemia, la transfusión de glóbulos rojos puede mejorar el aporte de oxígeno a mis tejidos y órganos. Las plaquetas pueden ayudar a mejorar la coagulación, para detener o prevenir sangrados. El plasma y el crioprecipitado pueden ayudar a reponer factores de coagulación. Entiendo que las decisiones que estamos tomando buscan el mayor beneficio terapéutico que sea posible en mi caso particular. Además, se me informó sobre los posibles **riesgos**, que son las consecuencias negativas que se podrían presentar debido a la transfusión de sangre o hemocomponentes, los cuales son:

- ***Agentes infecciosos:*** a pesar de las medidas tomadas durante la selección de los donantes, el procesamiento de los hemocomponentes y las pruebas de laboratorio que hayan sido efectuadas, todo paciente que ha recibido sangre tiene un riesgo mínimo de haber adquirido algún agente infeccioso, antes de la transfusión o debido a la misma. Algunos agentes infecciosos son virus, como el VIH, hepatitis B y C; bacterias, que pueden producir sífilis, septicemia o meningitis; parásitos, como la malaria o Chagas, y priones, que producen encefalitis con diversas, entre otros agentes existentes. Este riesgo se debe a una fase de la enfermedad que se denomina ventana inmunológica, durante la cual el agente infeccioso está presente en niveles muy bajos en la sangre del donante o del receptor, sin que se la pueda detectar en ese momento.
- ***Reacciones transfusionales leves:*** estas son relativamente frecuentes y siempre son tratables; ocasionalmente se pueden producir fiebre, escalofríos o enrojecimiento en el área de la piel donde se realice el procedimiento.
- ***Reacciones transfusionales potencialmente graves o letales:*** son poco frecuentes, pero también se deben tener en cuenta. Incluyen: reacciones alérgicas, hipotensión, reacciones hemolíticas, sobrecarga de circulatoria, lesión pulmonar aguda producida por la transfusión, reacción séptica por la transfusión, falla renal o muerte, en raras ocasiones. También pueden ocurrir efectos imprevisibles; esto es, que no pueden anticiparse o advertirse debido a los límites en el avance actual del conocimiento científico.
- ***Riesgos personalizados para el paciente:*** que en mi caso pueden ser (diligenciado por el personal médico): _____

Alternativas terapéuticas: Entiendo que no se puede administrar una transfusión sin que se hubieran evaluado otras alternativas terapéuticas; esto es, la transfusión se hace cuando se la considera como la única opción para el paciente que la necesita. Antes de proponerme este procedimiento, el equipo tratante evaluó, para mi caso particular, otras opciones terapéuticas como autotransfusión, terapia con hierro y vitaminas, infusión de expansores de volumen, medicamentos, uso intraoperatorio de un cell salvage, entre otros.