



CONSENTIMIENTO INFORMADO-DONACIÓN DE SANGRE DE UN MENOR (DEBE TENER 16 AÑOS DE EDAD)

For Staff Use Only Photo ID checked Deferral Log checked (if no computer)

INFORMACIÓN DEL MENOR (escriba en letra imprenta por favor)

Nombre y Apellido:		Fecha de Nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección de Calle			
Ciudad, Estado, Código Postal:			
Teléfono Movil: () -- ¿Este teléfono tiene capacidades de mensajería de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Teléfono de Casa: () --	
Correo Electrónico:			
Fecha de Donación de Sangre:		Lugar de Donación de Sangre:	

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR (escriba en letra imprenta por favor)

Nombre y Apellido	Teléfono () --
Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)	

LA LEY DE INDIANA (I.C. 16-36-1-3) EXIGE QUE TODOS LOS DONANTES DE SANGRE MENORES DE 17 AÑOS TENGAN EL CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DE SUS PADRES O TUTORES ANTES DE DONAR SANGRE.

Autorizo al menor de edad antes mencionado, quien es mi hijo, hija o alguien de quien soy tutor legal, a realizar una donación de sangre en el lugar indicado anteriormente en la fecha antes indicada.

El proceso de donación

- Se obtendrá información confidencial y personal del donante antes de cualquier donación como parte del proceso de selección de rutina del donante. Con base en la información proporcionada por el donante, South Bend Medical Foundation, Inc. determinará la idoneidad del donante para donar un producto sanguíneo seguro. Entiendo que esta información no me será proporcionada, ya que South Bend Medical Foundation, Inc. debe garantizar la confidencialidad del donante para proteger los derechos del donante, proteger al paciente y garantizar una divulgación sincera por parte del donante. Además, confirmo que no tengo conocimiento de ningún motivo o circunstancia que pudiera convertir a mi hijo, hija o individuo menor de edad de quien soy tutor legal en un donante de sangre inadecuado.
- Si bien el proceso de donación de sangre suele ser una experiencia placentera, pueden ocurrir efectos secundarios a corto plazo, como mareos, irritación de la piel, hematomas o desmayos. Aunque es remoto, también es posible desarrollar hematomas alrededor de la vena, una infección o daño a los nervios durante o después de la flebotomía. En casos raros, pueden ocurrir reacciones más graves con complicaciones más graves y a largo plazo.
- La sangre donada se someterá a pruebas para detectar agentes virales y enfermedades que incluyen, entre otras, VIH y hepatitis C. Los resultados anormales de las pruebas se informarán al donante, al tutor legal del donante y a cualquier otra persona o entidad a la que la ley de Indiana exija que se le proporcione la misma. Esta información es confidencial y no se divulgará a ninguna parte adicional a menos que el donante y el tutor legal del donante lo autoricen específicamente.
- South Bend Medical Foundation, Inc. mantendrá la información médica y personal y los resultados de las pruebas en estricta confidencialidad y no se divulgarán a nadie sin el consentimiento del donante y el consentimiento del tutor legal del donante, excepto donde lo autorice la ley.

Reconozco que he leído y entiendo la información proporcionada en este documento y autorizo al menor mencionado anteriormente a donar sangre en el lugar de donación indicado en la fecha de donación indicada.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha _____

Firma del Donante: _____ Fecha _____