



AdventHealth Blood Center

Consentimiento informado
Donación de sangre por parte de menores (obligatorio para quienes tienen 16 años)

Nombre del menor:	Edad del menor:
Nombre del padre o tutor:	
Centro de donación de sangre:	
Fecha de donación de sangre:	

Autorizo al menor mencionado anteriormente, que es mi hijo, hija o persona en nombre de quien puedo proporcionar una autorización médica por estar legalmente autorizado a hacerlo, a donar sangre en el centro y en la fecha indicados para la campaña de donación de sangre.

He revisado la información que contiene el folleto Información General sobre Donación de Sangre. Entiendo los elementos detallados en dicho folleto informativo, incluidos los siguientes datos:

- La información confidencial y personal se le solicitará al donante antes de cualquier donación, como parte del proceso de selección de donantes de rutina. Según la información provista por el donante, el banco de sangre determinará la idoneidad del donante para donar un producto sanguíneo seguro. Entiendo que no se me proporcionará esta información, ya que el banco de sangre debe garantizar la confidencialidad del donante para proteger los derechos del donante, proteger al paciente y asegurar la divulgación de datos fidedignos por parte del donante. Además, confirmo que no tengo conocimiento de algún motivo o circunstancia por el que mi hijo o hija no sea un donante de sangre adecuado.
- Si bien el proceso de donación de sangre suele ser una experiencia agradable, es posible que se produzcan efectos secundarios a corto plazo, como mareos, irritación de la piel, hematomas o desmayos. Aunque son efectos aislados, también es posible que aparezcan hematomas alrededor de la vena, una infección o daño en los nervios durante o después de la flebotomía. En raras ocasiones, pueden producirse reacciones más graves con complicaciones más importantes y a largo plazo.
- La sangre donada se someterá a pruebas para detectar la presencia de agentes virales y enfermedades que incluyen, entre otras, sífilis, hepatitis B, hepatitis C, VIH (el virus que causa el SIDA), HTLV (un virus raro que a veces puede causar leucemia o enfermedad neurológica), T. Cruzi (el agente causal de la enfermedad de Chagas), el virus del Nilo Occidental y el virus Zika. Si las pruebas arrojan resultados anormales, los mismos se informarán al donante. Esta información es confidencial y no se divulgará a nadie a menos que el donante lo autorice específicamente o que la ley así lo autorice.
- El banco de sangre mantendrá la información médica y personal en estricta confidencialidad y no se divulgará a nadie sin el consentimiento del donante, excepto cuando la ley así lo autorice.

Reconozco que he leído y comprendo la información proporcionada en este documento, y autorizo al menor mencionado anteriormente a donar sangre en la campaña de donación de sangre indicada.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Contacto telefónico diurno del padre/tutor: _____ Contacto telefónico nocturno: _____

Confirmación de donante

Confirmando que el consentimiento otorgado mediante la firma anterior es el de mi padre u otro tutor legal.

Firma del donante: _____ Fecha: _____

Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en contactarnos.
2566 Lee Road, Winter Park, Orlando FL 32789
Nro. de teléfono: 407-599-6006