



## Consentimiento Informado para donación de placenta y membrana amniótica

Establecimiento de salud	Servicio	
Nombre del usuario	N.º de identificación	Edad
Nombre del profesional que informa	Código profesional	
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Código profesional	

Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.

**Descripción del procedimiento:** la donación de la membrana amniótica consiste en ceder la placenta que se encarga de proteger al niño(a) dentro del vientre de la madre, que es un tejido muy útil para diversos tratamientos y no es necesaria para el recién nacido.

Si usted realiza la donación, luego de la operación (cesárea), el equipo que le atiende entregará la placenta al funcionario responsable de trasladarla al laboratorio; además, se requerirá una muestra de sangre de la madre para realizar exámenes adicionales.

**Objetivo y beneficios esperables:** el proceso de donación de membrana amniótica se realiza para obtener un tejido que, una vez procesado, se puede utilizar para tratar a pacientes que sufren de quemaduras en la piel o problemas en los ojos, mejorando de esta forma su calidad de vida.

**Alternativas disponibles:** usted podría optar por no donar la placenta y la membrana amniótica; esto no tendrá ninguna consecuencia negativa para usted o para su hijo(a).

**Consecuencias previsibles:** el proceso de donación no produce daños o efectos secundarios sobre usted o su hijo(a).

**Riesgos:** al tratarse de un tejido que ni el niño(a) ni la madre necesitan después de la cesárea, el proceso de donación no produce daños o efectos secundarios indeseables.

**Riesgos personalizados:** el profesional le explicará y anotará en observaciones sus condiciones médicas, psicológicas o sociales que generen algún riesgo adicional para la intervención.

**Información de interés:** usted puede cambiar de opinión cuando lo desee, con respecto a si desea continuar con la donación o no, sin consecuencias negativas para usted. Aceptar realizar la donación no libera al profesional o a la institución de responsabilidades legales o administrativas que estos incumplan.

Además de lo anterior, es necesario que usted conozca lo siguiente: El equipo de trasplantes tomará las precauciones para mantener la confidencialidad del donante y el receptor. Está prohibido recibir regalos, dinero o presiones por parte de otras personas para que usted autorice esta donación, ya que se trata de un acto voluntario, de buena fe y solidario.

**Dudas planteadas por el paciente:** el profesional responderá y anotará en observaciones las preguntas que usted tenga.

**Observaciones:**

--

**Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado:** declaro que toda la información que he dado sobre mi condición de salud es cierta, y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado. También declaro que me han explicado oralmente el procedimiento: cómo se realiza, riesgos, complicaciones y alternativas, y me han aclarado todas las dudas. Además, declaro que se me ha informado que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización del procedimiento y que según lo establecido en la Ley General de VIH/SIDA, para los procesos de donación y trasplante es obligatoria la realización de la prueba de VIH.

**De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:**

¿Acepta realizar la donación propuesta?	(SI)	(NO)
_____ Firma o huella del usuario	_____ Fecha	_____ Hora
_____ Firma o huella del representante (si procede)	_____ Fecha	_____ Hora
_____ Firma del profesional que informa	_____ Fecha	_____ Hora
_____ Firma del profesional que realiza la intervención	_____ Fecha	_____ Hora

**Firmas de los testigos:** nosotros, los abajo firmantes, damos fe de que la persona usuaria:

- Ha impreso su huella digital en nuestra presencia, en señal de aceptación del procedimiento o actividad anteriormente indicado.
- Ha delegado en nuestra presencia el derecho de autorizar el procedimiento o intervención propuesta

_____ Nombre de la persona a la que se delega	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha
_____ Nombre del testigo 1	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha
_____ Nombre del testigo 2	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha



De requerirse practicar otros procedimientos no contemplados en este Consentimiento Informado, se deberán utilizar formularios adicionales, digitalizarlos e incorporarlos al Expediente de Salud mediante el Asistente EDUS.

**Revocatoria:** en caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)

He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento o intervención que había autorizado.			
_____ Nombre del usuario o del representante (si procede)	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha