



Consentimiento Informado para de donación de sangre de cordón umbilical

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: para la donación de sangre de cordón umbilical se extrae una muestra de sangre del brazo de la madre y otra del cordón umbilical que está unido a la placenta, y ambas se envían al laboratorio para descartar infecciones. En caso negativo, la sangre se colecta una vez que el bebé ha nacido y se ha cortado el cordón; se efectúa una punción en la vena del cordón umbilical antes de ser expulsada. Esto no representa ningún peligro para el bebé ni para la madre. No se requiere tomar muestras de sangre del recién nacido; sin embargo, seis meses después del nacimiento, el Banco de Sangre de Cordón Umbilical le contactará para que lleve a su hijo(a) a realizar un examen de sangre de control. La sangre que usted donó se mantendrá almacenada de manera confidencial, para ser utilizada cuando sea necesaria.

Objetivo y beneficios esperables: la donación y almacenamiento de esta sangre permite que se encuentre a disposición en el momento en que alguna persona la necesite. La sangre de cordón umbilical contiene células madre, las cuales tienen la capacidad de originar nuevas células, por lo que pueden ser utilizadas en personas con enfermedades de la sangre como: leucemias, síndromes displásicos, algunos tipos de linfoma, enfermedades genéticas, enfermedades hematológicas o inmunodeficiencias primarias.

Alternativas disponibles: usted podría optar por no realizar la donación de sangre de cordón umbilical, lo cual no tendría ninguna repercusión para usted o para su hijo(a); en este caso, la sangre se descartará.

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 ni la madre necesitan después del parto, 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 quiere continuar con la donación o no, sin consecuencias negativas para su persona. 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. Es importante recalcar que 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. En caso de una emergencia durante el procedimiento, se hará lo necesario para el resguardo de la salud y la vida suya y la de su bebé.

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 someterse al procedimiento propuesto?		(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