



1099 Bracken Road • Piedmont, SC 29673

Permiso y Consentimiento de Los Padres O Tutores Legales de Donantes de Sangre De 16 y 17 Años de Carolina Del Norte: F.DS.01931

Certifico que soy el padre, la madre o tutor legal de {nombre y apellido} _____, un(a) menor de dieciocho años [en adelante "mi hijo(a)"] que debe tener mi consentimiento por escrito para donar sangre. He leído y entiendo el folleto "Información importante para el donante" que se encuentra en el sitio web de The Blood Connection. He leído y entiendo los requisitos para ser donante de sangre. Entiendo que mi hijo(a) donará voluntariamente y transferirá la posesión de una parte de su sangre a The Blood Connection. Entiendo que mi hijo(a) puede retirarse del proceso de donación en cualquier momento. Entiendo que para donar por primera vez se requerirá que presente una identificación o documento con fecha de nacimiento. Se prefiere un documento con la fotografía de mi hijo(a). Un permiso o licencia de conducir, fotocopia del certificado de nacimiento, pasaporte, identificación escolar (que indique la fecha de nacimiento) son ejemplos de dichos documentos. En las campañas de donación de sangre de las escuelas secundarias, las copias impresas de las listas de estudiantes proporcionadas por la escuela también son fuentes aceptables para verificar la edad.

Acepto informar a The Blood Connection si mi hijo(a) no cumple con alguno de los requisitos para ser donante de sangre o si creo que ha sido infectado en algún momento antes de la donación con VIH (SIDA) o cualquier otra enfermedad susceptible a transmitirse a otra persona a través de la sangre o el plasma. Entiendo que los antecedentes médicos de una persona y sus hábitos de vida pasados determinan su idoneidad para ser donante de sangre, y que si se determina que mi hijo(a) no cumple con los requisitos para donar, su registro de donación de sangre incluirá esta información.

Análisis de sangre: mi hijo(a) y yo hemos sido informados y entendemos que la sangre donada será analizada para detectar evidencia de laboratorio de agentes infecciosos capaces de propagarse a través de transfusiones de sangre, entre ellos: sífilis, VIH (SIDA), VIH-2, Hepatitis B y C, virus del Nilo Occidental, el virus linfotrópico T humano (un retrovirus conocido en inglés como HTLV) y el T. cruzi (una infección parasitaria). Entiendo que si se extrae una cantidad insuficiente de sangre, esta no se puede usar para una transfusión y es posible que no se realicen algunas, si no todas, las pruebas. Entiendo que estas no son pruebas de diagnóstico. Entiendo que la sangre de mi hijo(a) puede ser analizada para detectar otras enfermedades mediante pruebas adicionales a medida que estén disponibles y se considere que mejoren la seguridad del suministro de sangre del país. Las pruebas son muy sensibles y detectan la mayoría de las infecciones, pero es posible que los donantes que no estén infectados obtengan un resultado falso positivo de las pruebas. Para algunas pruebas, TBC debe notificar y diferir a los donantes incluso cuando los resultados de las pruebas posteriores indiquen que el donante no está infectado. Entiendo que la información de salud de mi hijo(a) permanecerá confidencial de acuerdo con las leyes estatales y federales de privacidad y divulgación, y que The Blood Connection no informará rutinariamente los resultados de sus pruebas a menos que el resultado haga que mi hijo(a) no cumpla con los requisitos para futuras donaciones o indique un posible problema de salud. Para interpretar y comprender mejor estas pruebas, The Blood Connection puede comunicarse conmigo o con mi hijo(a) para solicitar una repetición de la muestra de sangre. También entiendo que si las pruebas indican que mi hijo(a) ya no cumple con los requisitos para donar, su registro incluirá esta información. Entiendo que la donación de sangre de mi hijo(a) puede descartarse debido a los resultados de las pruebas, y que ciertos resultados de las pruebas deben informarse a los departamentos de salud estatales o locales según lo exigen las leyes y regulaciones aplicables.

Riesgos de la donación de sangre: los posibles efectos secundarios comunes tanto de la extracción de sangre entera como de la extracción de sangre automatizada incluyen desmayos o pérdida del conocimiento y lesiones por caídas relacionadas, mareos, náuseas, vómitos, hematomas o enrojecimiento en el área de la venopunción y deficiencia de hierro. Las reacciones menos comunes, pero más graves, pueden incluir convulsiones y, en ocasiones muy poco frecuentes, la lesión de nervios o vasos sanguíneos en el área de la venopunción. Las complicaciones graves poco frecuentes incluyen shock; coagulación de la sangre; reacciones alérgicas graves en personas sensibles al látex o al caucho, hemólisis (destrucción de glóbulos rojos), síndrome compartimental (compresión de los nervios, vasos sanguíneos y músculos dentro de un espacio cerrado) y síntomas de niveles bajos graves de calcio en la sangre. La donación de sangre elimina el hierro y puede causar o agravar la anemia por deficiencia de hierro.

Me han proporcionado el material de lectura que explica el proceso de donación de sangre, y esa información también está disponible en el sitio web de Blood Connection en www.thebloodconnection.org. Me explicaron el proceso de donación y todas mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente.

He leído y entiendo lo anterior, y autorizo que The Blood Connection extraiga sangre, plasma o plaquetas de mi hijo(a) para analizarlos según sea necesario, almacenarlos y utilizarlos según se considere aconsejable, incluso el suministro de sangre a nivel local, regional o nacional para satisfacer las necesidades de fabricación de productos biológicos y de pacientes.

Entiendo que este consentimiento permanecerá archivado y activo para todas las donaciones consecutivas hasta que mi hijo(a) cumpla dieciocho años. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento comunicándome con el Departamento de Defensa de Donantes de The Blood Connection al 864-751-1153 entre las 8 a. m. y las 5 p. m. de lunes a viernes.

Nombre en imprenta del padre, la madre o tutor legal: _____

Nombre del padre, la madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código postal _____

Número telefónico de preferencia: _____

Certifico que la persona mencionada arriba es mi padre, madre o tutor legal y reconozco y acepto que The Blood Connection puede informar resultados positivos de las pruebas tanto a mi padre, madre, o tutor legal que da su consentimiento como a mí. Además, certifico que he leído y entiendo (i) este formulario de consentimiento en su totalidad, (ii) el folleto "Información importante para el donante" y (iii) los requisitos para ser donante de sangre.

Nombre en letra de imprenta del o de la donante de 16 o 17 años: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del o de la donante de 16 o 17 años _____ Fecha: _____

Para obtener más información sobre los donantes de sangre de 16 o 17 años, visite la sección "Donante" en nuestro sitio web en www.thebloodconnection.org.

**Para ser completado únicamente por el personal de TBC.
(To be Completed by TBC staff only.)**

DS Staff:
If DIN assigned, affix DIN label here.

Consent Review/Age Verification by: _____ / _____
Tech Code _____ Date _____

Group Code: _____ DID: _____
(Recorded by QS if no DIN number)