



## FORMULARIO A: PLAN DE MANEJO DE LA SANGRE PARA ADULTOS CON LA CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES

**Como adulto con la capacidad para tomar decisiones, comprendo que** tengo el derecho de recibir información sobre todas las elecciones relacionadas con la sangre, sus beneficios y riesgos, y también comprendo que si no hay otras alternativas de sangre, rechazar algunas o todas las opciones puede ocasionar complicaciones graves, discapacidad o la muerte.

En Kaiser Permanente, respetamos sus derechos de tomar decisiones personales relacionadas con el uso de la sangre, productos derivados de la sangre o procedimientos relacionados con la sangre en su tratamiento. Consulte el siguiente **Plan de manejo de la sangre** con sus proveedores y los miembros de su familia o comunidad si lo desea. Indique sus preferencias para los tratamientos relacionados con la sangre (antes de las necesidades del tratamiento) o su consentimiento o rechazo (al momento de comenzar el tratamiento) en la siguiente tabla:

	ACEPTO	NO ACEPTO
<b>Componentes principales de la sangre</b>		
Sangre, glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas, plasma		
Almacenamiento de sangre autóloga		
<b>Derivados de la sangre (fracciones)</b>		
Crioprecipitado		
Albúmina		
Agentes estimuladores de la eritropoyesis ( <i>Erythropoiesis Stimulating Agents, ESA</i> ): (p. ej., la EPO con un poco de albúmina)		
Inmunoglobulinas (Rhogam [inmunoglobulina RG], inmunoglobina intravenosa)		
Factores de coagulación: (PCC, fibrinógeno, factor VIII, factor Von Willebrand, factor XII, factor VIIa recombinante, etc.)		
Procoagulantes tópicos (Tisseel, Gelfoam [adhesivo de fibrina], trombina)		
OTROS:		
<b>Procedimientos médicos</b>		
Hemodilución normovolémica		
Rescate de células intraoperatorias (Cell Saver)		
Hemodiálisis (sin extracción de sangre)		
Plasmaféresis con albúmina (sin plasma)		
Bypass cardiopulmonar		
OTROS:		
<b>Opciones no relacionadas con la sangre</b>		
Agentes estimulantes de la eritropoyesis: sin albúmina (p. ej., Procrit, eritropoyetina humana recombinante [rHuEPO], etc.)		
Opciones adicionales: (p. ej., ácido tranexámico [TXA], desmopresina [DDAVP], etc.)		

Quiero expresar mis deseos específicos en relación con mi Plan de manejo de la sangre aquí abajo: (Adjunte hojas adicionales si necesita más espacio)

---



---



---

Una vez que lo complete y se lo entregue a mi médico, este Plan de manejo de la sangre reemplazará a otros formularios relacionados con la sangre o transfusiones de productos de sangre que haya entregado. Se escaneará electrónicamente este formulario y cualquier otro formulario de planes relacionados con la sangre que provea, tales como instrucciones anticipadas sobre la transfusión de sangre relacionados con sus creencias o comunidad\*, y figurarán en mi historia clínica electrónica. Puedo ver el código de diagnóstico Z53.1 en mi historia clínica, que comunica a mi equipo de atención que “el paciente no acepta transfusiones de sangre por motivos religiosos o de conciencia moral”. Puedo cambiar o cancelar este Plan de manejo de la sangre si presento un documento nuevo o lo notifico a mi proveedor de atención médica.

\* Marque con una tilde si corresponde:

Consulte mis instrucciones anticipadas sobre la transfusión de sangre relacionadas con mis creencias o comunidad para obtener más información.

**He revisado este formulario y lo comprendo en su totalidad. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas fueron respondidas. Puedo solicitar una copia de este formulario para mi registro personal.**

Nombre del paciente  
(en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Nombre del testigo  
(en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Firma del testigo \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## Adultos con la capacidad para tomar decisiones Instrucciones para Proveedores

### Objetivo:

- Documentar las elecciones personales del paciente relacionadas con la sangre para anticipar sus necesidades clínicas.
- El paciente tiene el derecho de tomar estas decisiones por su propia cuenta dentro del alcance de la ley.
- Dentro de la Lista de problemas (“Problem list”) en KP Health Connect deberá figurar: “Rechaza productos derivados de la sangre por motivos religiosos o de conciencia moral” (“Declines Blood Products for Reasons of Religion or Conscience”) (532227) según corresponda.
- Activar la red de seguridad electrónica de Planificación para el cuidado de la vida para prevenir la administración de productos derivados de la sangre indeseados, o procedimientos para todos los pacientes que rechazan procedimientos o productos derivados de la sangre.
- **TENGA EN CUENTA QUE NO se espera que el Proveedor explique todas las elecciones en el formulario.**
- Quienes le pedirán explicaciones sobre estas decisiones al paciente o autoridad legal serán fuentes externas.

### Acciones que tomará el Proveedor:

1. Darle al paciente el PLAN DE MANEJO DE LA SANGRE PARA ADULTOS CON LA CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES y las INSTRUCCIONES PARA PACIENTES para que los complete y los entregue para escanearlos más adelante.
2. REVISE que la información de identificación del paciente esté completa en la esquina superior derecha de CADA página.
3. Para ingresar la decisión de rechazar sangre o productos derivados de la sangre, vaya a la sección de Diagnóstico (“Diagnosis”) en una consulta, escriba RECHAZA TRANSFUSIONES DE SANGRE (“DECLINES BLOOD”) y haga clic en “RECHAZA PRODUCTOS DERIVADOS DE LA SANGRE POR MOTIVOS RELIGIOSOS O DE CONCIENCIA MORAL” (532227).
4. En la Lista de problemas, ingrese el mismo número, 532227. Esto se puede hacer directamente desde la Lista de problemas o al hacer clic en el ícono “PL” en la sección de Diagnóstico de la consulta.
5. **Pacientes ambulatorios:** Una vez que entregue el formulario, envíelo a Historias clínicas para que lo escaneen electrónicamente y lo añadan a su historia clínica electrónica.
6. **Pacientes hospitalizados:** Coloque el formulario firmado en la historia clínica de papel “delgado” Y envíe una copia para la digitalización. Considere referir al capellán de cuidado espiritual antes de contactar a los Servicios de información sobre hospitales de los testigos de Jehová (Jehovah’s Witness Hospital Information Services) (vea más abajo).

Si tiene preguntas para su proveedor sobre este proceso o si necesita ayuda con pacientes referidos para el plan de manejo de la sangre, comuníquese con los siguientes recursos de KP:

- comité de pertinencia del manejo de la sangre (Blood Management Appropriateness Committee) local o regional;
- representante del comité de bioética local o regional;
- administrador de riesgos local o regional;
- capellán de cuidado espiritual local o regional.

Los proveedores también pueden acceder a los siguientes recursos:

- Servicios de Información sobre hospitales de los testigos de Jehová para conectarse con el representante del Comité de enlace con los hospitales para testigos de Jehová (Hospital Liaison Committee, HLC). Los representantes del HLC son ministros de la comunidad de los testigos de Jehová que interactúan con conocimiento de causa con médicos y personal del hospital, capellanes de cuidado espiritual de KP, trabajadores sociales y miembros del Poder Judicial. Los siguientes servicios no tienen costo:

- [HIS@jw.org](mailto:HIS@jw.org)
- Consentimiento del paciente o la autoridad legal antes de divulgar la PHI

## INSTRUCCIONES PARA PACIENTES O AUTORIDAD LEGAL:

Las decisiones sobre la sangre, los productos derivados de la sangre y los procedimientos relacionados con el uso de la sangre del paciente son personales.

**Tenga en cuenta que NO se espera que su Proveedor le explique sus propias decisiones.**

Las mejores fuentes de información que le ayudarán a tomar estas decisiones están en su comunidad. Tenga en cuenta los siguientes recursos:

- Sitio web oficial de los testigos de Jehová (Jehovah's Witness Watchtower):  
<http://www.jw.org/es/>

Llene y firme este formulario y entréguelo al médico para que lo pueda escanear electrónicamente y agregar en su historia clínica.

Si desea cambiar sus decisiones en cualquier momento, puede presentar un formulario nuevo.