

CONSENTIMIENTO INFORMADO UNIFORME PARA EL DONANTE

Revisé y entiendo la información de elegibilidad para los donantes de sangre.

Entiendo que, en raras ocasiones, las donaciones de sangre podrían ir asociadas a complicaciones médicas. Entre ellas cabe citar moretones, infección, lesión a los nervios, mareos, desmayos o náuseas. **Entiendo** y acepto que no debo donar sangre si tengo cualquier motivo para sospechar que mi donación pudiera suponer un riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas, como el VIH, o pudiera afectar de otro modo la seguridad de los posibles receptores, incluidos los factores de riesgo o afecciones que se identificaron durante el proceso de preselección de donantes y descritos en los materiales educativos.

Tengo 17 años o más (o tengo 16 años y cuento con el consentimiento escrito de mis padres) y estoy donando voluntariamente mi sangre al Central California Blood Center para que la use según lo considere oportuno. **Entiendo** que mi sangre donada se usará principalmente con fines de transfusión, pero que también podría ser objeto de investigaciones y/o procesamientos posteriores.

Entiendo que mi sangre será evaluada para detectar patógenos infecciosos que pueden transmitir enfermedades mediante una transfusión, entre estas: la sífilis, los virus de la hepatitis B y C, el virus humano linfotrópico T I/II, el VIH, el virus del Nilo Occidental y la enfermedad de Chagas, y que quizás sea evaluada para detectar el parvovirus. **Entiendo** que me notificarán los resultados positivos de pruebas que sean importantes para mi salud o afecten mi elegibilidad para donar sangre. Si se me impone una moratoria, el Central California Blood Center tratará de comunicarme el motivo de esta decisión y durante cuánto tiempo no seré elegible para donar. También comprendo que el Central California Blood Center mantendrá registros que me identifican como no elegible e incluyen el motivo de mi moratoria y el período aplicable. Si se presentara alguna circunstancia que impidiera obtener una muestra de calidad o cantidad aceptables de sangre para el análisis, **entiendo** que no se analizará mi sangre.

Entiendo que no se administrarán transfusiones de ninguna sangre que haya producido resultados positivos de infección o en pruebas de detección.

Entiendo que se informarán al Departamento de Salud del Condado los nombres de los donantes que hayan dado positivo en pruebas de sífilis, hepatitis B o C, VIH o virus del Nilo Occidental. Si mis análisis no producen resultados claramente negativos, no se usará mi sangre.

Entiendo que puedo descalificarme antes de donar, en el momento de la entrevista oral o después de la donación, llamando al teléfono de postergación del donante.

Me explicaron el proceso de donación, me contestaron satisfactoriamente todas las preguntas que tuve y leí los materiales educativos para el donante.

Contesté todas las preguntas que me hicieron con veracidad y en la medida de mis conocimientos, para que se me brinde protección como donante y se preserve la seguridad de la persona que recibe mi sangre.

Consentimiento informado conforme con DF-012 (03/2026)