

Consentimiento informado para la donación voluntaria de leche humana

Yo

Documento N°/tipo se me ha informado y he comprendido toda la información dada por los profesionales, en forma verbal y escrita, sobre todos los procedimientos que se realizan en relación a la donación de leche humana. Se me ha permitido realizar y se me han respondido todas las preguntas que consideré necesarias. Puedo si así lo deseo solicitar una copia de este documento.

Entiendo que la donación de leche es voluntaria, no implica pago, remuneración o compensación alguna. Se me ha explicado que una vez que la leche ingresa al banco es imposible que se me devuelva.

He respondido a una encuesta y me comprometo a informar a los profesionales del Banco de leche si existiera algún cambio o acontecimiento relativo a lo que se me ha preguntado como: toma de medicación, enfermedad o necesidad de consulta médica para mí o para mi hijo/a, enfermedades o afecciones en mi grupo familiar o situaciones que considere informar.

Comprendo y acepto que si fuera necesario repetir algún análisis una vez iniciada la donación brindaré mi consentimiento para ello.

También entiendo que puedo suspender la donación cuando yo lo desee sin que eso interfiera en mi atención o en la de mi hijo/a.

Brindo mi consentimiento voluntariamente para donar leche al Banco de Leche Humana del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

| |
|--|
| Fecha |
| Persona donante de leche humana Nombre y Apellido: Firma: |
| Familiar de persona donante o testigo Nombre y Apellido: Firma: |
| Persona que toma el consentimiento Nombre y Apellido: Firma: |

📍 **Banco de Leche HMIRS**
Esteban de Luca 2151 - CABA

☎ 4943-4036/5028/5580 - Int 7154
(L a V 8 a 18 h)

✉ blhsarda@buenosaires.gob.ar

📷 @bancodelechesarda