



Autorización para Donantes de 17 años

Yo (nombre completo) _____ RUN: _____
(SUBRAYAR) padre, madre o tutor del menor (nombre completo)

RUN: _____ autorizo se realice donación de sangre total

en: _____

- Acepto que él /ella se someta voluntariamente al proceso de donación y tomo conocimiento de las reacciones adversas poco frecuentes que pudieran presentarse.
- Acepto que la sangre de mi hijo (a) o menor sea estudiada para: VIH (SIDA), Sífilis, Enfermedad de Chagas, Hepatitis B, C y HTLV y en caso que alguno de ellos resulte alterado, se le informe en mi presencia.

Fecha: _____

Domicilio: _____

Teléfono de contacto: _____

Correo electrónico del Tutor: _____

Firma Padre, Madre, o Tutor del menor

Firma del Donante de Sangre

Recepción del documento V°B° Nombre, firma y fecha del profesional responsable en atención de donante de sangre
