

# REFUSAL TO PERMIT BLOOD TRANSFUSION

I request that no blood or blood derivatives be administered to (*name of patient*) \_\_\_\_\_ during this hospitalization. I hereby release the hospital, its personnel, the attending physician, and any other person participating in my care from any responsibility whatsoever for unfavorable reactions or any untoward results due to my refusal to permit the use of blood or its derivatives. The possible risks and consequences of such refusal on my part have been fully explained to me by my attending physician and I fully understand that such risks and consequences may occur as a result of my refusal.

I understand that my attending physician and other doctors who provide services to me are not employees or agents of the hospital. They are independent medical practitioners.

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

Signature: \_\_\_\_\_  
(*patient/parent/conservator/guardian*)

If signed by other than patient, indicate relationship: \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_

# DOCUMENTO PARA NO PERMITIR LA TRANSFUSION DE SANGRE

Solicito que no se administre sangre ni ningún derivado de sangre a (*nombre del paciente*) \_\_\_\_\_ durante esta estadía en el hospital. Por medio de la presente, exonero al hospital, su personal, al médico del caso u a cualquier otra persona que participe en mi atención, de cualquier responsabilidad en cuanto a reacciones desfavorables o cualquier resultado adverso debido al rechazo de mi parte de permitir el uso de sangre o sus derivados. Los riesgos y las consecuencias posibles de este rechazo de mi parte me han sido explicados totalmente por el médico de mi caso y comprendo totalmente que los riesgos y consecuencias mencionados pueden ocurrir como resultado de mi rechazo.

Entiendo que el médico que me atiende y otros médicos que me brindan servicios no son empleados ni agentes del hospital. Son médicos facultativos independientes.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(*paciente/padre/madre/conservador/tutor*)

En caso de firmarse por una persona que no sea el paciente, indique la relación:

\_\_\_\_\_  
Testigo (*Witness*): \_\_\_\_\_