

Medical Record Number

Patient Name



**CONSENT • REFUSAL TO PERMIT
BLOOD TRANSFUSION**

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

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, which include permanent disability and death, 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. My decision will not change if I am unconscious.

Date: _____

Time: _____

SIGNATURE of Patient or Properly Designated Representative

RELATIONSHIP to Patient

WITNESS

Spanish translation on reverse side

Medical Record Number

Patient Name

**CONSENT • REFUSAL TO PERMIT
BLOOD TRANSFUSION**

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

CONSENTIMIENTO. NEGACIÓN A PERMITIR TRANSFUSIÓN DE SANGRE

Solicito que no se me administre sangre ni ningún derivado a _____
(nombre del paciente) durante esta internación. Por este medio, libero al hospital, su personal, el
médico a cargo, y a cualquier otra persona que participe en mí cuidado, de cualquier
responsabilidad o reacción adversa, o resultado desfavorable, que incluye incapacidad permanente
y muerte, debido a mi negación de permitir el empleo de sangre o sus derivados.

Los posibles riesgos y consecuencias de tal negación por mi parte se me han explicado por parte
de mi médico a cargo, y entiendo totalmente que tales riesgos y consecuencias pueden ocurrir
como resultado de mi negación. Mi decisión no cambiará si estoy inconsciente.

Fecha: _____

Hora: _____

SIGNATURE of Patient or Properly Designated Representative
FIRMA del Paciente o Representate debidamente designado

RELATIONSHIP to Patient
RELACIÓN con el Paciente

WITNESS
TESTIGO