

**Refusal for Blood Transfusion/ Special Instructions for Blood Transfusion**  
 Form must be used with Transfusion Consent form #T-ORC001 (not a stand-alone form)

**Negativa a Transfusión Sanguínea / Instrucciones Especiales para Transfusión Sanguínea**  
 Hay distintas clases de productos sanguíneos que su médico/ proveedor puede querer suministrarle. Los productos sanguíneos pueden provenir de donantes de sangre voluntarios sanos de la comunidad, de entre sus amigos y familiares que hayan donado sangre para usted, o de usted mismo y estar almacenados para su propio uso.  
 El propósito de este formulario es documentar sus deseos en cuanto a su negativa a que algunos o todos los productos sanguíneos de sangre se le suministren a usted durante esta hospitalización o visita clínica.

**Elija una opción:**

\_\_\_\_\_ Yo, \_\_\_\_\_ pido que **NINGÚN** producto sanguíneo ni sangre se  
 INICIAL (Nombre en letra de molde) me sea suministrado durante esta hospitalización o visita clínica.

\_\_\_\_\_ Yo, \_\_\_\_\_ tengo instrucciones especiales acerca de las  
 INICIAL (Nombre en letra de molde) transfusiones de sangre que autorizo y que no autorizo durante esta hospitalización o visita clínica.

**Instrucciones:** Ponga su INICIAL en los espacios adecuados. No Ponga Marcas

Sangre de <b>donadores saludables voluntarios</b>	Yo autorizo	Yo no autorizo
Glóbulos Rojos (RBCs)		
Plasma		
Plaquetas		
Cryo-precipitado		

De <b>mi propia sangre</b> , que he donado para mi propio uso:	Yo autorizo	Yo no autorizo
Glóbulos Rojos (RBCs)		
Plasma		

De <b>mi propia sangre recuperada de mi cirugía</b> y suministrada de nuevo a mí.		
Auto-transfusión durante la cirugía, mi sangre es recuperada por un equipo receptor. No se almacena y se me suministra de nuevo:	Yo autorizo	Yo no autorizo
En un circuito continuo.		
En un circuito DIS-continuo.		
Hemodisolución- antes de la cirugía, se me extrae algo de mi sangre y se reemplaza con suero; después de la cirugía se me suministra de nuevo. La sangre no se almacena, y el equipo:	Yo autorizo	Yo no autorizo
Se instala en un circuito conectado permanentemente.		
NO se instala en un circuito conectado permanentemente.		

Name:  
 MRN:  
 FIN:  
 DOB: Gender:



Otras proteínas purificadas de la sangre obtenidas de donadores	Yo autorizo	Yo no autorizo
Proteínas coagulantes (VIII, XI, vWF)		
Anticuerpos (Rhlg, IVIg)		
Albumina		
Pegamento de Tejidos (Tisseel, Evicel)		

Otras proteínas sintéticas (no obtenidas de humanos)	Yo autorizo	Yo no autorizo
Algunas proteínas coagulantes (VIII, XI, VII)		
Otras:	Yo autorizo	Yo no autorizo

**FIRMAS DE CONSENTIMIENTO** (letra de molde legible)

Mi proveedor me ha explicado los riesgos asociados con rechazar ciertos productos sanguíneos. Entiendo que estos riesgos pueden incluir hemorragia/ coagulación anormal, ventilación prolongada (pulmón artificial), ingreso a la unidad de cuidados intensivos, complicaciones por anemia, incluyendo daños a órganos vitales (como la insuficiencia renal, ataque cardiaco y derrame cerebral), e incluso la muerte.

Entiendo que mi médico/ proveedor sólo me dará los productos sanguíneos que yo autorice de acuerdo a lo previamente especificado. Yo libero al hospital, a mi médico de cabecera y a los proveedores de atención de toda responsabilidad ante cualquier evento adverso que pueda ocurrir a consecuencia de mi negativa a permitir que se me haga la transfusión de algunos o de todos los productos sanguíneos.

Paciente/Padre/Albacea/Tutor (si no lo firma el paciente, especifique vínculo o parentesco):

\_\_\_\_\_  
**Paciente/Padres/Custodio/Tutor** Firma Vinculo o parentesco Fecha Hora  
 (Letra de molde)

Provider

\_\_\_\_\_  
**Provider Name** (print) Signature Provider SID # Date Time

**Witness**

\_\_\_\_\_  
**Witness Name** (print) Signature Title (MD, RN, etc.) Date Time

**INTERPRETER SERVICES (DHS Policy 314.2)**

If an interpreter is used, the Interpreter Attestation during Informed Consent (Form HS-1001) **MUST** be used. Interpreter used:  No

Yes, complete and attach HS 1001

Provider consented the non-English speaking patient in \_\_\_\_\_

Patient's Language

*Any blank space on the remainder of this page is intentional*

**Name:**

**MRN:**

**FIN:**

**DOB:**

**Gender:**



T-ORC002