

Your
Hospital's
Logo
Here

**REFUSAL OF TRANSFUSION
OF HUMAN BLOOD & BLOOD
PRODUCTS -and- RELEASE
FROM RESPONSIBILITY**

PATIENT IDENTIFICATION

1. This is to certify that I, _____, because of moral, legal, religious, or other reasons, I'm unwilling to receive any human blood or blood products (components). This includes the transfusion of whole blood, packed red blood cells, white blood cells (leukocyte concentrate), platelets, plasma, albumin and cryoprecipitate concentrate A.H.F. or Factor VIII.
2. I hereby request all Doctors, Nurses, and other personnel associated with Providence Hospital not administer any transfusion of blood -and- blood products to me while I am a patient at this Hospital.
3. I acknowledge that I have been informed of the risks involved in refusing blood -or- blood products, and hereby specifically relieve this Hospital and all Doctors, Nurses, and other personnel associated with it from any responsibility, liability or any consequences that may ensue.

SIGNATURE of Patient or Legally Responsible Person

DATE

TIME

RELATIONSHIP if other than PATIENT

SIGNATURE of WITNESS

SIGNATURE of TRANSLATOR / READER / INTERPRETER

PART OF THE MEDICAL RECORD

Your
Hospital's
Logo
Here

**CERTIFICADO DE NEGACIÓN
A RECIBIR TRANSFUSIÓN DE
SANGRE HUMANO -o- SUS
COMPONENTES Y EXENCIÓN
DE RESPONSABILIDAD LEGAL**

PATIENT IDENTIFICATION

1. Yo, _____, el firmante, paciente del Hospital de Providencia, por la presente certifico que rehuso recibir cualquier tipo de transfusión de sangre humana o de sus componentes, por ejemplo, sangre, concentrado de glóbulos, rojos, glóbulos blancos (concentrados de leucocitos), concentrados plaquetarios, plasma, albúmina, concentrados de crioprecipitados, A.H.F. o Factor VIII, debido a razones legales, morales, religiosas, o otras razones.
2. Por lo tanto, solicito que las autoridades pertinentes, médicos, enfermeras y personal en general del Hospital de Providencia, no lleven a cabo ningún tipo de transfusión de sangre ni de sus componentes durante me condición como paciente de dicho hospital. Este documento exonera al hospital y al personal médico de cualquier responsabilidad legal y consecuencia surtida a raíz de esta solicitud.
3. De igual manera, certifico que he recibido información sobre los riesgos a los cuales estoy expuesta debido a esta decisión. Declaro además que exonero a los médicos y al hospital de toda responsabilidad legal en lo relacionado a las consecuencias o efectos adversos que conlleve dicha decisión.

FIRMA del Paciente o Persona Responsable Legal
(SIGNATURE of Patient or Legally Responsible Person)

FECHA (DATE)

HORA (TIME)

RELACIÓN al Paciente, so no es el Paciente
(RELATIONSHIP if other than PATIENT)

FIRMA del Testigo (Witness)

FIRMA de Traductor / Lector / Interpretor
(SIGNATURE of TRANSLATOR / READER / INTERPRETER)

PART OF THE MEDICAL RECORD