



N60021SP

Enviado por fax al banco de sangre KHUSC: x28746 Norris: x50216

Fecha: _____ Hora: _____ Iniciales: _____

Escaneado a la farmacia

Fecha: _____ Hora: _____ Iniciales: _____

1. Su médico responsable es el Dr./la Dra. _____ y su médico supervisor o cirujano es el Dr./la Dra. _____.
2. Solicito que no se administre sangre o componentes principales de sangre (**incluyendo, entre otros, la sangre de otra persona, mi propia sangre almacenada, plaquetas o plasma fresco congelado**) a mi persona o al paciente que se nombra a continuación por quien estoy legalmente autorizado para dar o rehusar el consentimiento para tratamiento médico, sin importar las consecuencias, e incluso si los profesionales del cuidado de la salud creen que sólo la terapia de transfusión de sangre preservaría mi vida o mi salud (o la vida o salud del paciente). Certifico que los posibles riesgos y consecuencias de este rechazo me han sido completamente descritos por mi médico responsable o profesional del cuidado de la salud y que acepto tales riesgos y consecuencias.

Los siguientes son mis deseos e instrucciones con respecto a los procedimientos, tratamientos y **fracciones de proteínas**. Escriba sus iniciales en las casillas correspondientes (**marcar las casillas NO es aceptable**).

PRODUCTO / TRATAMIENTO / PROCEDIMIENTO	Lo aceptaré:	NO lo aceptaré:
Albúmina (fracción sanguínea menor)		
Eritropoyetina, enzimas trombolíticas (contiene una pequeña cantidad de albúmin)		
Inmunoglobulinas (fracciones sanguíneas menores)		
Procoagulantes tópicos (Tisseel, pegamento de fibrina, trombina)		
Fracciones de proteínas plasmáticas (crioprecipitados)		
Factor recombinante VIII, IX (puede contener una pequeña cantidad albúmin)		
Gel de plaquetas (autólogo, es decir, derivado de su propia sangre)		
Parche sanguíneo epidural		
Estudios de marcaje		
Equipos para corazón-pulmón y diálisis (cebado sin sangre)		
Recuperación sanguínea intraoperatoria ("Rescatador celular") donde la circulación extracorpórea es un circuito cerrado sin conservación de sangre		
Hemodilución (circuito cerrado)		
Plasmaféresis (sin infusión de plasma fresco congelado, pero sí contiene albúmina)		

Fecha: _____ Hora: _____ A.M./P.M.

Firma: _____
(Paciente)

Representante legal del paciente: _____

Testigo Imprimir Nombre: _____ Firma: _____

**ACEPTACIÓN DE PRODUCTO
LIBRE DE TRANSFUSIÓN/
TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTO
TRANSFUSION FREE PRODUCT/TREATMENT AND
PROCEDURE ACCEPTANCE**

P
A
T
I
E
N
T

I
D