



6816

**REFUSAL of BLOOD and BLOOD DERIVATIVES**

Hartford Hospital has created a Bloodless Medicine and Surgery Program so that you may receive treatment without the use of blood or blood derivatives (**WHOLE BLOOD, RED CELLS, WHITE CELLS, PLATELETS and PLASMA**). Physicians participating in the Program have agreed to honor your requests in accordance with Program policies and protocols.

I have had explained to me: (i) the reasonable foreseeable risks in my refusal to accept blood or blood derivatives, including that if I should refuse needed blood or blood derivatives in any form, my chances for regaining normal health are seriously reduced, and that, in all probability, my refusal of such treatment or procedure may seriously imperil my life and may result in my death; and (ii) the reasonable alternatives to the use of blood and blood derivatives and their reasonably foreseeable risks.

I further understand that as a participant of this Program, I have agreed to bloodless volume expanders and other bloodless treatment alternatives. I hereby release and agree to hold harmless Hartford Hospital, its personnel, the responsible physicians and all other persons participating in my care from and against any and all claims, demands, losses, liabilities, lawsuits and other proceedings, costs, damages and expenses (including attorneys' fees) arising directly or indirectly from, out of, by reason of my refusal of blood or blood derivatives and participation in the Program.

\_\_\_\_\_ M.D.      Signed: \_\_\_\_\_  
*(Patient or legally authorized representative)*

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_      Date \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Interpreter responsible for explaining above: \_\_\_\_\_



6816

## LIBERACIÓN PARA PROGRAMA DE MEDICINA Y CIRUGÍA SIN SANGRE

Hartford Hospital ha creado el Programa de Medicina y Cirugía sin Sangre para que usted pueda recibir tratamiento sin el uso de sangre o derivados de la sangre (**SANGRE ENTERA, CÉLULAS ROJAS, CÉLULAS BLANCAS, PLAQUETAS Y PLASMA**). Los médicos que participan en el Programa han accedido a respetar sus solicitudes según las políticas y protocolos del Programa.

Me han explicado: (i) los riesgos razonablemente previsibles de mi negativa a aceptar sangre o derivados de la sangre incluso que si me negara a recibir sangre o derivados de la sangre en forma alguna cuando sean necesarios, mis probabilidades de recobrar una salud normal se verán reducidas en gran medida y, que, lo más probable es que mi rechazo a tal tratamiento o procedimiento pueda poner mi vida en grave peligro y pueda dar como resultado mi muerte; y (ii) las alternativas razonables al uso de sangre y derivados de la sangre y sus riesgos razonablemente previsibles. Además entiendo que como participante de este Programa, he accedido a expansores de volumen sin sangre y a otras alternativas de tratamiento sin sangre. Por la presente libero y accedo a eximir de responsabilidad a Hartford Hospital, su personal, los médicos responsables y todas las otras personas que participen en mi cuidado por cualquiera y todos los reclamos, demandas, pérdidas, responsabilidades, demandas legales y otros procedimientos, costos, daños y gastos (incluso los honorarios de abogados) que surjan directa o indirectamente de, o que sean por motivo de mi rechazo a la sangre o sus derivados y la participación en el Programa. Esta Liberación alcanzará a mis herederos y legatarios.

\_\_\_\_\_ MD

Firma \_\_\_\_\_  
(Paciente o representante legalmente autorizado)

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Intérprete responsable de explicar lo de arriba: \_\_\_\_\_