



571504

**CENTER FOR BLOODLESS MEDICINE AND SURGERY  
REVOCATION OF REFUSAL OF BLOOD AND BLOOD DERIVATIVES**

I, \_\_\_\_\_ by signing this form on the line below, hereby revoke the Refusal of Blood and Blood Derivatives signed by me on \_\_\_\_\_, 20\_\_ where I had specified my wishes with respect to receiving blood or blood products.

I understand that signing this document indicates I am no longer refusing blood or blood products. I also understand that in signing this revocation form, that I am not prevented from changing my decision once again with respect to my wishes as they relate to receiving blood or blood products.

**Signed:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_ **Time:** \_\_\_\_\_  
(Patient or legally authorized representative)

**Witness:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_ **Time:** \_\_\_\_\_  
(Provider) MD, APRN,PA-C

-----



571504

**CENTRO PARA CIRUGÍA Y MEDICINA SIN SANGRE  
REVOCACIÓN DE LA NEGATIVA AL USO DE SANGRE Y DERIVADOS DE LA SANGRE**

Yo, \_\_\_\_\_ al firmar este formulario en la línea abajo, revoco por la presente la Negativa al uso de sangre y derivados de la sangre firmada por mí el \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_ en la que había especificado mis deseos con respecto a recibir sangre o productos de la sangre.

Entiendo que al firmar este documento indico que ya no me rehúso al uso de sangre o productos de la sangre. También entiendo que firmar este formulario de revocación no me impide cambiar mi decisión una vez más con respecto a mis deseos en lo que hace a recibir sangre o productos de la sangre.

**Firmado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_  
(Paciente o representante legalmente autorizado)

**Testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_  
(Proveedor) MD, APRN, PA-C