



ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTHCARE (SUPPLEMENTAL FORM)

I direct that NO BLOOD TRANSFUSIONS (whole blood, red cells, white cells, platelets, or blood plasma) are to be given to me under any circumstances even if physicians deem blood transfusion necessary to preserve my life or health.

I will accept NON-BLOOD volume expanders (such as saline, dextran, Ringer's lactate solution, hetastarch, gelatin, or perfluorochemicals) and other non-blood management

The following are my wishes and directions regarding procedures, treatment, and blood fractions (please initial):

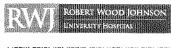
\bigcirc	PRODUCT/TREATMENT/PROCEDURE	ACCEPT	REFUSE
	Albumin (minor blood fraction)		
	Erythropoietin (contains albumin)		
\bigcirc	Immune globulins/RhoGAM (minor blood fraction)		
	Hemophiliac/Factor preparations (clotting factors)		
	Tissue Adhesives (cryoprecipitates) Fibrinogen		
	Dialysis Equipment (non-blood primed)		
\bigcirc	Heart-Lung Equipment (non-blood primed)		
	Intraoperative hemodilution with closed circuit extracorporeal circulation without blood storage (non-blood primed)		
	Hypervolemic hemodilution (non blood storage)		
	Intraoperative autologous blood salvage (cell saver) with closed circuit extracorporeal circulation without blood storage (non-blood primed)		
	Organ Donation and transplantation		





ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTHCARE (SUPPLEMENTAL FORM)

(SUPPLEM	ENTAL FORM)		
directives for health care	regarding blood transfusion is inte executed by me. This shall not revol cept insofar as this advance directive ealth care.	ke any prior advance	directives for health
Patient:			
Print Name	Signature	Time	Date
Legal Guardian:			
5	Signature	Time	Date
I declare that the persor to be of sound mind and	n who signed this document did so in the solution of the signed this document did so in the signer of the signer of the signer. It is a signer of the signer	. I am 18 years old o	or older, and am not
I declare that the persor to be of sound mind and designated by this or an	n who signed this document did so i I free of duress and undue influence	. I am 18 years old o	or older, and am not
I declare that the persor to be of sound mind and designated by this or any Witness #1:	n who signed this document did so i I free of duress and undue influence	. I am 18 years old o	or older, and am not
I declare that the persor to be of sound mind and designated by this or any Witness #1:	n who signed this document did so in the second free of duress and undue influence by other document as the person's he	. I am 18 years old o alth care representat	or older, and am not ive.
I declare that the person to be of sound mind and designated by this or any Witness #1: Print Name Address:	n who signed this document did so in the second free of duress and undue influence by other document as the person's he	. I am 18 years old o alth care representat	or older, and am not ive.
to be of sound mind and	n who signed this document did so in the second free of duress and undue influence by other document as the person's he	. I am 18 years old o alth care representat	or older, and am not ive.





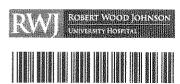
DIRECTIVA AVANZADA SOBRE ATENCIÓN MÉDICA (FORMULARIO COMPLEMENTARIO)

Instruyo que NO SE ME PROPORCIONEN TRANSFUSIONES DE SANGRE (sangre entera, glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas o plasma sanguíneo) en ninguna circunstancia, aun cuando los médicos estimen necesaria la transfusión de sangre para preservar mi vida o mi salud.

Aceptaré expansores de volumen NO PLASMÁTICOS (tales como solución salina, dextrano, solución láctica de Ringer, hidroxietil-almidón, gelatina o perfluoroquímicos) y otra administración de productos no hemoderivados.

Lo que expreso a continuación son mis deseos e instrucciones con respecto a los procedimientos, los tratamientos y las fracciones de sangre (coloque sus iniciales, por favor):

PRODUCTO/TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO	ACEPTO	RECHAZO
Albúmina (fracción menor de sangre)	***************************************	VCT-T-VCTROPHIREASSER ROOM/AMAGONETICAL
Eritropoyetina (contiene albúmina)		
Globulinas inmunes/RhoGAM (fracción menor de sangre)		
Preparados hemofílicos/de factor (factores de coagulación)	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	######################################
Adhesivos tisulares (crioprecipitados) Fibrinógeno		
Equipo de diálisis (para productos no hemoderivados)		
Equipo cardiopulmonar (para productos no hemoderivados)	Management (Contract of Contract of Contra	
Hemodilución intraoperatoria con circulación extracorpórea de circuito cerrado sin almacenamiento de sangre (para productos no hemoderivados)		
Hemodilución hipervolémica (sin almacenamiento de sangre)	**************************************	ATTENDED TO THE PARTY OF THE PA
Recuperación de sangre autóloga intraoperatoria (recolección de células) con circulación extracorpórea de circuito cerrado sin almacenamiento de sangre (para productos no hemoderivados)		
Donación y trasplante de órganos		



DIRECTIVA AVANZADA SOBRE ATENCIÓN MÉDICA (FORMULARIO COMPLEMENTARIO)

Esta directiva anticipada sobre transfusión de sangre complementa mis directivas anticipadas sobre atención médica previamente firmadas por mí. Esto no revoca ninguna directiva anticipada sobre atención médica previamente firmada por mí, salvo que esta directiva anticipada entre en conflicto con las estipulaciones de mis anteriores directivas anticipadas sobre atención médica.

Paciente:			
Aclaración del Nombre	Firma	Hora	Fecha
Tutor Legal:			
Aclaración del Nombre	Firma	Hora	Fecha
uso de sus facultades me	ie firmó este documento lo hizo ntales y no estar bajo coacciói nado por este o cualquier otro	n ni influencia indebida. Te	engo 18 o más años
Testigo nº 1:			
Aclaración del Nombre	Firma	Hora	Fecha
Domicilio:			
Testigo nº 2:			
Aclaración del Nombre	Firma	Hora	Fecha
Domicilio:			
	7758761800000000000000000000000000000000000		