



2-Hole 1/4 2 3/4 - 3-Hole 1/4 4 1/4

Understanding Regarding Withholding of Consent for Blood Transfusions-Minors

To: _____
Parent(s)/Guardian(s)

Of: _____
(Minor Child)

1. Robert Wood Johnson University Hospital acknowledges that you are withholding consent for blood to be administered to your child under any circumstances. If you have not already done so, please inform the treating physician immediately. Your directive will be placed on your child's medical record for the medical team's attention. The medical team will do its best to treat your child without blood.
2. In elective treatment where the physician deems blood transfusion is likely or necessary, your withholding of consent for blood transfusion may result in cancellation of treatment.
3. In urgent/emergency medical care if the attending physician has determined, with a reasonable degree of medical certainty, that a blood transfusion will be required during the hospitalization, he/she may report your withholding of consent to the local child welfare authorities. Physicians may be required to do so by law. In addition, the hospital may have a legal obligation to ask a court to authorize blood transfusion. However, the hospital will use its best efforts to notify you immediately if any such report or court proceeding is contemplated.
4. If during the course of treatment, your attending physician concludes with a reasonable degree of medical certainty, that blood is immediately necessary to save your child's life or to prevent grievous bodily harm, the law permits he/she to administer blood withstanding your withholding of consent, and blood will be administered.

(Medical Team)

(Date) (Time)

I/we have read and understand what is stated above. Regarding point 4, my/our signing of this statement should be construed only as an acknowledgement of my/our awareness of what the law may provide for in an emergency. It should not be viewed in any way as authorization for a blood transfusion, nor as relinquishing any of my/our rights by law to decide and control what medical care should or should not be administered to my/our child.

(Parent/Guardian)

(Relationship to Patient)

(Parent/Guardian)

(Relationship to Patient)

(Witness)

(Date) (Time)



Acuerdo de Abstención de Consentimiento para Transfusiones de Sangre de Menores

Para: _____
Padre(s)/Tutor(es)

De: _____
(Niño Menor)

1. El Hospital Universitario Robert Wood Johnson acepta que usted se abstiene de dar su consentimiento para que se administre sangre a su hijo en ninguna circunstancia. Si no lo ha hecho todavía, le rogamos informe al médico tratante inmediatamente. Su directiva será colocada en el historial clínico de su hijo para que la tenga en cuenta el equipo médico. El equipo médico hará todo lo posible para tratar a su hijo sin sangre.
2. En el caso de tratamiento electivo en que el médico considere importante o necesaria una transfusión de sangre, su reserva del consentimiento para transfusión de sangre puede tener como resultado la cancelación del tratamiento.
3. En casos de urgencia/emergencia médica, si el médico tratante ha determinado, con un grado razonable de certeza médica, una transfusión de sangre será necesaria durante la hospitalización, él/ella puede informar su abstención de consentimiento a las autoridades locales de bienestar infantil. Es posible que se exija por ley a los médicos que lo hagan. Además el hospital puede tener la obligación legal de pedir a la justicia que autorice la transfusión de sangre. No obstante, el hospital hará su mejor esfuerzo para notificarlo inmediatamente si se contempla realizar tal informe o procedimiento judicial.
4. Si en el transcurso del tratamiento el médico tratante llega a la conclusión, con un grado razonable de certeza médica, que la sangre es imprescindible para salvar la vida de su hijo o evitar un daño permanente en su hijo, la ley permite que se administre sangre pese a su abstención del consentimiento, y en consecuencia, se administrará la sangre.

(Equipo Médico)

(Fecha)

(Hora)

Yo/nosotros he/hemos leído y comprendido lo expresado anteriormente. Respecto del punto 4, mi/nuestra firma/s de la declaración debe ser entendida como la aceptación de que he/hemos sido advertido(s) respecto de lo que la ley establece para una emergencia. No deberá considerarse de manera alguna como una autorización para una transfusión de sangre, ni como una renuncia a mis/nuestros derechos otorgados por ley para decidir y controlar qué atención médica debe o no administrarse a mi/nuestro hijo.

(Padre/Tutor)

(Vínculo con el Paciente)

(Padre/Tutor)

(Vínculo con el Paciente)

(Testigo)

(Fecha)

(Hora)