

RECHAZO INFORMADO DE RECHAZO DE SANGRE POR MOTIVOS RELIGIOSOS **(TESTIGO DE JEHOVÁ)**

Estimado paciente

San Vicente, Misiones,del mes de del 202....

El **Sanatorio San Marcos** le solicita leer atentamente este documento, ya que pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca de su decisión.

El rechazo informado es la declaración de la voluntad realizada por el paciente o sus representantes legales, según el caso, con el fin de proceder a la negación sobre la atención o internación del paciente para su intervención, tratamiento, diagnóstico o procedimiento específico, luego de haber recibido información clara, precisa e inherente a su situación. Consideraremos que ha entendido lo explicado a través de su firma en este documento.

DECLARACIÓN DE RECHAZO INFORMADO

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Habiéndome explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los objetivos, alcances, características y consecuencias del tratamiento, concuro a efectuar una expresa manifestación de voluntad en relación a la atención médica que se me brindará en esta institución. Por lo tanto, expido:

a) Declaro ser Testigo de Jehová, y como consecuencia de mis convicciones religiosas, acepto las prácticas médicas que a criterio profesional resulten indicadas para el tratamiento de mi afección o enfermedad, pero **rehúso absoluta e inequívocamente recibir sangre alogénica** (sangre de otra persona), **o sangre autóloga almacenada**, con absoluta prescindencia de mi estado de salud, y aun cuando su no suministro ponga en grave riesgo mi vida. He sido informado de los riesgos y consecuencias de sostener a ultranza esta decisión, como así también se me ha explicitado que en diversas situaciones no existe otra alternativa terapéutica que la de llevar a cabo la práctica que rechazo, pese a lo cual **ratifico sin atenuantes la decisión adoptada**.

b) Con respecto a las **fracciones menores de la sangre** o productos que las contengan, acepto las siguientes alternativas (**escribir SI o NO en cada una de las opciones. Toda opción no contestada se tendrá por respondida en sentido afirmativo**):

- i. Productos procesados con pequeñas cantidades de albúmina (ej.: estreptoquinasa, Eritropoyetina - EPO-, factores de coagulación sintéticos, o similares): _____
- ii. Inmunoglobulinas: _____
- iii. Factores de coagulación: _____

c) Con respecto a la **sangre autóloga no almacenada**, acepto las siguientes alternativas (**escribir SI o NO en cada una de las opciones. Toda opción no contestada se tendrá por respondida en sentido afirmativo**):

- i. Hemodilución: _____
- ii. Recuperación intra o postoperatoria de sangre: _____

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

**SI EL PACIENTE ES CAPAZ PERO SU ESTADO DE INCONCIENCIA NO LE PERMITE
EXRESAR INEQUÍVOCAMENTE SU VOLUNTAD**

En consideración de que el actual estado de salud del paciente, cuyo nombre y documento de identidad se consignan más arriba, no le permite expresar de manera inequívoca el contenido de la manifestación de voluntad expuesta en este instrumento, concurre el suscripto a manifestarla en su representación, declarando bajo juramento que el referido paciente efectivamente es Testigo de Jehová y participa por sus convicciones religiosas del rechazo a recibir sangre en los términos antes expresados, todo lo cual así lo ha hecho saber en oportunidades anteriores (se acompaña: tarjeta identificatoria de rechazo de sangre, y/o _____ (inserte documentación respaldatoria)).

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ **Teléfono:** _____

Domicilio: _____

Represento en carácter de: _____

Firma: _____