

**MANIFESTACION DE RECHAZO DE SANGRE OTORGADA  
POR PERSONAS TESTIGOS DE JEHOVA.**

Ciudad y fecha: ...../...../20.....-

1. Yo....., D.N.I....., siendo las ..... horas, 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 .....
2. 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.**
3. 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): **3.1. Productos procesados con pequeñas cantidades de albúmina** (ej: Estreptoquinasa, Eritropoyetina -EPO-, factores de coagulación sintéticos, o similares):.....; **3.2. Inmunoglobulinas:** .....; **3.3. Factores de coagulación:** .....
4. 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): **4.1. Hemodilución:** .....; **4.2. Recuperación intra o postoperatoria de sangre:**.....-

.....  
Firma del paciente

.....  
Aclaración de Firma

.....  
Domicilio

.....  
Teléfonos

**SI EL PACIENTE ES PERSONA CAPAZ, PERO SU ESTADO DE CONCIENCIA NO LE PERMITE EXPRESAR INEQUIVOCAMENTE SU VOLUNTAD, COMPLETAR:**

En consideración de que el actual estado de salud del paciente, cuyo nombre y documento de identidad se consignan mas arriba, no le permite expresar de manera inequívoca el contenido de la manifestación de voluntad expuesta en el punto 2.- de 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 .....).

(1) Firma: ..... (2) Firma: .....

Aclaración: ..... Aclaración: .....

Documento: ..... Documento: .....

Teléfono: ..... Teléfono: .....

Domicilio: ..... Domicilio: .....

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....