

# Refusal to Permit Rho(D)-Immune Globulin Administration

---

I hereby acknowledge that my attending physician, (*physician name*) \_\_\_\_\_, has informed me of the availability of a product for the prevention of Rh disease in newborns, has explained to me that the product is medically indicated in my case, and has described the potentially dangerous risks and consequences of my failure to receive this product at this time.

Notwithstanding the advice of my attending physician, I hereby request that this product not be administered to me during my stay at (*hospital name*) \_\_\_\_\_, and hereby release the hospital, its personnel, my attending physician and any other person participating in my care from any responsibility whatsoever for unfavorable or untoward results caused by my refusal to permit the use of this product.

I understand that the doctor named above and other doctors who provide services to me are not employees or agents of the hospital. They are independent medical practitioners.

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

Signature: \_\_\_\_\_  
(*patient/legal representative*)

If signed by someone other than patient, indicate relationship: \_\_\_\_\_

Print name: \_\_\_\_\_  
(*legal representative*)

**NOTE:** This form should include taglines as required by the Affordable Care Act.  
(See [www.calhospital.org/taglines](http://www.calhospital.org/taglines), for detailed information.)

# Documento Para No Permitir la Administracion de Inmunoglobulina Rho(D)

---

Por medio de la presente reconozco que el médico de mi caso, el Dr. (*nombre de médico*) \_\_\_\_\_, me ha informado de la disponibilidad de un producto para la prevención de la enfermedad de Rh de los recién nacidos, me ha explicado también que este producto está médicamente indicada en mi caso, y me ha descrito los riesgos y las consecuencias potencialmente peligrosos en caso de que no se me administrara el producto en este momento.

No obstante el consejo del médico del caso, por medio de la presente pido que este producto no se me administre durante mi estadía en el (*nombre del hospital*) \_\_\_\_\_, y además exonero al hospital, su personal, al médico de mi caso y a cualquier otra persona que haya participado en la atención que se me haya dado de cualquier responsabilidad en cuanto a resultados desfavorables o adversos causados por el de mi parte de permitir el uso de este producto.

Entiendo que el médico cuyo nombre se indica anteriormente y otros médicos que me brindan servicios no son empleados ni agentes del hospital. Son médicos facultativos independientes.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(*paciente o representante legal*)

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(*representante legal*)

**NOTE:** This form should include taglines as required by the Affordable Care Act.  
(See [www.calhospital.org/taglines](http://www.calhospital.org/taglines), for detailed information.)