



DIN

16-YEAR OLD DONOR PERMISSION FORM

Your 16-year old son/daughter has expressed interest in donating blood (whole blood or double red blood cells/platelets using automated technology). We hope that you support and encourage your son/daughter's decision to donate blood.

Blood donation is a routine procedure using single use, sterile supplies. Reactions like fainting and bruising can occur but are not common. Blood testing is mandated for a variety of infections including HIV (the AIDS virus), viral hepatitis and others. Positive test results will cause your son/daughter's name to be entered into a confidential list of excluded donors and you will be notified of positive test results with medical significance. All information and test results are confidential unless reporting is mandated by law. Remaining blood samples could be tested for markers of cardiovascular risk and/or diabetes and results of such tests could be used for population health research, such research will be conducted in a manner that protects your son's/daughter's identity.

Donors who donate double red blood cells/platelets using automated technology will receive an anticoagulant which prevents blood from clotting during the course of the procedure. The anticoagulant reduces the calcium in the blood. This may cause potential temporary problems for donors that include muscle cramping, numbness, chilliness, tingling sensations, feelings of anxiety or a "heavy feeling" of pressure on the chest. A calcium replacement is given to the donor in the event that Carter BloodCare deems it necessary. By signing this permission form, you accept the potential risks which are set out above.

If you have any questions regarding your son/daughter's decision, please contact the Donor Advocate Department at 817-412-5370 or toll free at 1-877-351-3600.

Form is to be completed using ink.

Permission

I give permission for the voluntary donation of blood or blood components by my 16-year old son, daughter, or ward ("My Son/Daughter") _____ to Carter BloodCare.
(My Son/Daughter's Printed Name)

Certification

I certify that (i) I have read this Permission form, (ii) My Son/Daughter is 16 years of age, (iii) I have the legal authority to give permission to My Son/Daughter's donating blood or blood components, and (iv) I have asked any questions I have regarding the donation of blood or blood components by My Son/Daughter and all questions have been answered.

Notification

I understand there are regulations requiring notification in the event a donor tests positive for certain blood borne infections (the "Required Notifications"). Consistent with these such regulations, I request that all positive test results arising from My Son/Daughter's donation (including any and all Required Notifications) be made to me and not My Son/Daughter.

(Signature of Parent/Guardian)

(Date)

(Printed Name of Parent/Guardian)

(Address, City, State, and Zip Code)

(Contact Number, Including Area Code)



DIN

FORMULARIO DE PERMISO PARA UN DONANTE DE 16 AÑOS DE EDAD

Su hijo/hija de 16 años de edad ha expresado interés en la donación de sangre (sangre entera o dobles glóbulos rojos/plaquetas utilizando tecnología automatizada). Esperamos que usted apoye y anime la decisión de su hijo/hija para donar sangre.

La donación de sangre es un procedimiento de rutina usando suministros estériles de un solo uso. Reacciones como desmayos y moretones pueden ocurrir, pero no son comunes. Análisis de la sangre es obligatorio para una variedad de infecciones incluyendo el VIH (el virus del SIDA), hepatitis viral y otros. Resultados positivos causaran que el nombre de su hijo/hija sea inscrito en un registro confidencial de donantes excluidos, usted será notificado sobre resultados positivos de pruebas con importancia médica. Toda la información y los resultados de los análisis son confidenciales a menos que la ley exija un reporte. El resto de las muestras de sangre se podrían probar para los marcadores de riesgo cardiovascular y/o diabetes y los resultados de estas pruebas podrían ser utilizados para la investigación en salud de la población, este tipo de investigación se llevará a cabo de una manera que proteja la identidad de su hijo/hija.

Los donantes que donan dobles glóbulos rojos/plaquetas utilizando tecnología automatizada recibirán un anticoagulante que evita que la sangre se coagule durante el curso del procedimiento. El anticoagulante reduce el calcio en la sangre. Esto puede causar problemas potenciales temporales para los donantes que incluyen calambres musculares, entumecimiento, escalofríos, sensación de hormigueo, sensación de ansiedad o una "sensación de pesadez" de la presión en el pecho. Un reemplazo de calcio se da al donante en caso de que Carter BloodCare lo considere necesario. Al firmar este formulario de permiso, usted acepta los riesgos potenciales explicados anteriormente en este formulario.

Si usted tiene alguna pregunta con respecto a la decisión de su hijo/hija, (sobre el servicio durante la donación o reacciones adversas) llame al número 817-412-5370 o por línea gratuita al 1-877-351-3600.

Formulario debe ser llenado con un bolígrafo de tinta.

Permiso

Yo doy permiso para la donación voluntaria de sangre o componentes sanguíneos de mi hijo, hija o custodia, de 16 años de edad ("**Mi Hijo/Hija/Custodia**") _____ a Carter BloodCare.

(Nombre de mi hijo/hija/custodia – en letra de molde)

Certificación

Verifico que (i) he leído este Formulario de permiso, (ii) mi hijo/hija tiene 16 años de edad, (iii) tengo la autoridad legal de dar permiso para que mi hijo/hija done sangre o componentes de sangre y (iv) he hecho las preguntas que deseaba acerca del proceso de donación de sangre y de componentes de sangre que entregue mi hijo/hija y todas las preguntas han sido respondidas.

Notificación

Comprendo que existen reglamentos que requieren notificación en caso de que un donante reciba un análisis positivo para ciertas infecciones transmitidas por la sangre (las "**Notificaciones Requeridas**"). Relacionado con tales reglamentos, solicito que todos los resultados positivos que surjan de las pruebas de la donación de sangre de mi hijo/hija (inclusive alguna o todas las Notificaciones Requeridas) me sean entregados a mí y no a mi hijo/hija.

(Firma de uno de los Padres/Tutores)

(Fecha)

(Nombre de uno de los Padres/Tutores – en letra de molde)

(Dirección, Ciudad, Estado, y Código Postal)

(Número de teléfono de contacto, incluyendo Código de Área)