Carter BloodCare

16-YEAR OLD DONOR PERMISSION FORM

Donation Identification Number

DONOR NAME: _____

Your 16-year old son/daughter/ward has expressed interest in donating blood (whole blood or double red blood cells/plasma/platelets using automated technology). We hope that you support and encourage your son/daughter/ward'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/ward's name to be entered into a confidential list of excluded donors and you will be notified of positive test results with medical significance. Under federal and state laws the Blood Center may have to report certain test results to the health department or another government entity. We do ask donors to read educational materials about the donation process and suitability of individuals to donate and to answer a number of questions that affect whether they are suitable candidates for donation of blood or blood components on a given date. Truthful answers are critical. 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/daughter/ward's identity.

Iron is important for making red blood cells and transporting oxygen. Loss of red blood cells through blood donation may deplete the body of iron over time. Frequent blood donors may become low on iron before becoming anemic. Young women are particularly at risk of low iron due to menstrual blood loss. Diet alone may not be adequately replacing your son/daughter/ward's iron especially if they have gastrointestinal issues or do not eat red meat. If you think they may be at risk of low iron, you may want to consult their physician or consider an oral iron supplement. Do not take iron without consulting your doctor if your son/daughter/ward has a history of too much iron in the body.

Apheresis Consent

Have they ever had a splenectomy? ☐ No ☐ Yes

Donation Types/Intervals

- I hereby volunteer and consent for my son/daughter/ward to serve as a donor for whole blood, platelets (single/double/triple), red blood cells (single/double), plasma or other cells prepared from my blood.
- I understand that the frequency and number of donations varies by procedure.
  - Whole blood donors may donate 6 times per 12 month period, but no more than 1 time in any 56 day period
  - Single/double/triple platelet donors may donate 24 times per 12 month period, but no more than 1 time in any 7 day period.
  - Single red blood cell donors may donate every 56 days, but no more than 6 times in a 12 month period.
  - Double red blood cell donors may donate every 112 days, but no more than 3 times in a 12 month period.
  - Plasma donors may donate every 28 days, but no more than 13 times in a 12 month period.

Apheresis Procedure

- I understand the apheresis procedure involves removing their blood, processing it in a sterile, disposable tubing set, collecting the needed components and returning the remaining blood to son/daughter/ward.
- I understand that the procedure lasts up to approximately 2 hours.

Potential Risks/Hazards

- I understand that they will receive an anticoagulant which prevents their blood from clotting during the course of the procedure. The anticoagulant temporarily reduces the calcium in their blood. This may cause potential problems for apheresis donors that include muscle cramping, numbness, chilliness, hypocalcemia, unusual/unpleasant taste or smell, digit/facial paresthesia (tingling sensations around the mouth or fingers), twitching, spasms, tremors, hypovolemia (decreased blood volume), feelings of anxiety and chest vibrations or a "heavy feeling" of pressure on the chest and in rare instances cardiac arrest due to lack of calcium ions.
- I consent to calcium replacement being given to my son/daughter/ward in the event that Carter BloodCare deems it necessary.
- I understand that blood donation may have adverse consequences, including but not limited to, pallor, nausea, vomiting, light-headedness, dizziness, fainting, feeling of warmth, fever, headache, hypotension, fluctuations in blood pressure, excessive tiredness, bruising (hematoma), arterial puncture, bleeding after leaving the donation site, nerve injury, infection, blood clot formation (thrombosis), vein inflammation (phlebitis), air embolism, seizure, convulsion, abdominal cramps, temporary loss of bladder/bowel control, urticaria/allergic reaction, flushing, skin redness, itching, hives, difficulty in breathing, chest pain or bronchospasm, which may be life threatening. I understand that there are long term risks of blood donation such as iron depletion.

Copyright © 2022

Carter BloodCare

16-YEAR OLD DONOR PERMISSION FORM

- I understand that after plateletpheresis, their platelet count will be temporarily decreased. Lost platelets will be replaced by their body and their platelet count should be back to a normal level within 1 to 2 days after donation. I understand that their lymphocytes (white cells) may be reduced. The long term effect of the possible reduction of lymphocytes (white cells) is not known. Body stores of iron may be depleted over time in regular apheresis donors who do not have adequate replacement of iron. In addition there may be unknown and unforeseen risks involved in this donation.
- I understand that there is a potential risk of blood loss, hemolysis (cell damage), air embolism or blood clotting with improper device operation. I understand that if it is not possible to return their red blood cells to them or if significant changes in their protein or hemoglobin/hematocrit level occur, they may be ineligible to donate for a period of time or may be indefinitely deferred as an apheresis donor.
- I am willing to accept the potential risks to my son/daughter/ward which are set out above.

Informed Consent

- I have read and understand the informed consent. I understand the whole blood and apheresis procedure, potential risks/hazards and donation intervals. I have had an opportunity to ask any questions and if I had questions they have been answered.
- If you have any questions regarding your son/daughter/ward'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 voluntary donation of blood and/or blood components by my 16 year old son/daughter/ward _____ birth date _____ to Carter BloodCare.
(Son/Daughter/Ward's Printed Name) (MM/DD/YYYY)

In certain rare instances medical care may be required on an urgent or emergent basis following a donation and I grant permission to have such medically indicated care provided for son/daughter/ward, though I ask that I be contacted as soon as feasible.

Certification

I certify that (i) I have read this Permission form, (ii) son/daughter/ward is 16 years of age, (iii) I have the legal authority to give permission to son/daughter/ward donating blood or blood components, (iv) I know of no reason son/daughter/ward should not be donating blood or blood components at this time and (v) I have asked any questions I have regarding the donation of blood or blood components by son/daughter/ward and all questions have been answered to my satisfaction.

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 son/daughter/ward's donation (including any and all Required Notifications) be made to me and not son/daughter/ward.

_____ _____
(Signature of Parent/Guardian) (Date)

_____
(Printed Name of Parent/Guardian)

_____ _____
(Address, City, State and Zip Code) (Contact Number, Including Area Code)

Copyright © 2022

Carter BloodCare

Donation Identification Number

FORMULARIO DE PERMISO PARA UN DONANTE DE 16 AÑOS DE EDAD

DONOR NAME: _____

Su hijo/hija/pupilo 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/pupilo 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/pupilo sea inscrito en un registro confidencial de donantes excluidos, usted será notificado sobre resultados positivos de pruebas con importancia médica. Entiendo que bajo las leyes federales y estatales el Centro de Sangre puede tener que reportar ciertos resultados de las pruebas al departamento de salud u otra entidad gubernamental. Les pedimos a los donantes que lean materiales educativos sobre el proceso de donación y la idoneidad de las personas para donar y que respondan una serie de preguntas que afectan si son candidatos adecuados para la donación de sangre o componentes sanguíneos en una fecha determinada. Las respuestas veraces son críticas. 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/pupilo.

El hierro es necesario para producir glóbulos rojos y transportar oxígeno. Con el tiempo, la pérdida de glóbulos rojos a través de la donación de sangre puede reducir el hierro en el cuerpo. Donantes de sangre frecuentes pueden comenzar a tener bajos niveles de hierro antes de convertirse en anémicos. Mujeres jóvenes tienen mayor riesgo de estar bajas en hierro debido a la pérdida de sangre durante su menstruación. La dieta en sí no siempre reemplaza el hierro de tu hijo/hija/pupilo adecuadamente, especialmente si tienen problemas gastrointestinales o si no comen carne roja. Si crees que tu hijo/hija/pupilo puede estar en riesgo de tener niveles bajos de hierro, quizás puedas consultar con su médico o considerar un suplemento de hierro oral. No tomes hierro sin consultar a un médico si tu hijo/hija/pupilo tiene un historial familiar de altos niveles de hierro en el cuerpo.

Consentimiento de Aféresis

Alguna vez ha tenido una esplenectomía? ☐ No ☐ Sí

Tipos de donación/Intervalos

- Por la presente soy voluntario y doy mi consentimiento para que mi hijo/hija/pupilo sirva como donante de sangre completa, plaquetas (simple/doble/triple), glóbulos rojos (simple/dobel), plasma, u otras células provenientes de mi sangre.
- Yo entiendo que la frecuencia y el número de donaciones varía según el procedimiento.
    - Los donantes de sangre total pueden donar 6 veces por período de 12 meses, pero no más de 1 vez en cualquier período de 56 días.
    - Los donantes de plaquetas individuales/dobles/triples pueden donar 24 veces en un período de 12 meses, pero no más de una vez en un período de 7 días.
    - Los donantes de células rojas individuales pueden donar cada 56 días, pero no más de 6 veces en un período de 12 meses.
    - Los donantes de células rojas dobles pueden donar cada 112 días, pero no más de 3 veces en un período de 12 meses.
    - Los donantes de plasma pueden donar cada 28 días, pero no más de 13 veces en un período de 12 meses.

Procedimiento aféresis

- Yo entiendo que el procedimiento de aféresis implica retirar su sangre, procesaría en un conjunto de tubos estérilies y desechables, recoger los componentes necesarios y devolver la sangre restante a su hijo/hija/pupilo.
- Yo entiendo que el procedimiento puede durar hasta aproximadamente 2 horas.

Posibles Riesgos/Peligros

- Yo entiendo que recibirán un anticoagulante que previene la coagulación de su sangre durante el curso del procedimiento. Dicho anticoagulante reduce el calcio temporalmente en su sangre. Esto puede causar problemas potenciales para los donantes de aféresis que incluyen calambres musculares, entumecimiento, escalofríos, hipocalcemia, sabor desagradable o inusual olor, dígito/parestesia facial (sensación de hormigueo alrededor de la boca o los dedos), temblores, espasmos, temblores, hipovolemia (disminución del volumen de sangre), sentimientos de ansiedad y vibraciones en el pecho o una sensación de "pesadez" de la presión en el pecho y en raras ocasiones un paro cardíaco debido a la falta de iones de calcio.

Copyright © 2022

Carter BloodCare

FORMULARIO DE PERMISO PARA UN DONANTE DE 16 AÑOS DE EDAD

- Doy mi consentimiento para que se le dé un reemplazo de calcio a mi hijo/hija/pupilo en caso de que Carter BloodCare lo considere necesario.
- Yo entiendo que la donación de sangre puede tener consecuencias adversas, incluyendo pero no limitado a, palidez, náuseas, vómitos, mareos, vértigo, desmayos, sensación de calor, fiebre, dolor de cabeza, hipotensión, fluctuación en la presión arterial, cansancio excesivo, contusiones (hematomas), punción arterial, sangrado después de abandonar el lugar de donación, lesión nerviosa, infección, la formación de coágulos de sangre (trombosis), inflamación de las venas (flebitis), embolia de aire, incautación, convulsiones, calambres abdominales, pérdida temporal del control de la vejiga, urticaria/reacción alérgica, rubor, enrojecimiento de la piel, picazón , urticaria, dificultad para respirar, dolor en el pecho o broncoespasmo, las cuales pueden ser potencialmente mortales. Yo entiendo que hay riesgos a largo plazo de la donación de sangre, tales como el agotamiento de hierro.
- Entiendo que después de le aféresis de plaquetas, su recuento plaquetario se reducirá temporalmente. Las plaquetas perdidas serán reemplazadas por su cuerpo y su recuento de plaquetas debe volver a su nivel normal dentro de a 1 a 2 días después de la donación. Entiendo que sus linfocitos (glóbulos blancos) pueden ser reducidos. Se desconoce el efecto a largo plazo de la posible reducción de linfocitos (glóbulos blancos). Las reservas corporales de hierro pueden agotarse con el tiempo en donantes de aféresis regulares que no tienen un reemplazo adecuado.
- Entiendo que existe un riesgo potencial de pérdida de sangre, hemólisis (daño a las células), embolismo gaseoso o coagulación de la sangre con el funcionamiento incorrecto del dispositivo. Entiendo que si no es posible devolverles sus células rojas a ellos o si se producen cambios significativos en su nivel de proteína o hemoglobina/hematocrito, puede que no sean elegibles para donar por un período de tiempo o pueden ser diferidos indefinidemente como donante de aféresis.
- Estoy dispuesto(s) a aceptar los riesgos potenciales para mi hijo/hija/pupilo que se establecen anteriormente.

Consentimiento de información recibida

- He leído y entendido el consentimiento informado. Entiendo el procedimiento de aféresis, los posibles riesgos/peligros y los intervalos de donación. He tenido la oportunidad de formular las preguntas y si tuviera preguntas han sido contestadas.
- Si usted tiene alguna pregunta con respecto a la decisión de su hijo/hija/pupilo, (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

Doy permiso para donación voluntaria de sangre o componentes sanguíneos por parte de mi hijo, hija o pupilo de 16 años

_____ fecha de nacimiento _____ de Carter BloodCare.

(Nombre de mi hijo/hija/pupilo – en letra de molde) (DD/MM/AAAA)

En ciertos casos excepcionales, es posible que se requiera atención médica de forma urgente o emergente después de una donación y otorgo permiso para que dicha atención médicamente indicada se brinde a mi hijo/hija/pupilo, aunque solicito que me contacte lo antes posible.

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/pupilo done sangre o componentes de sangre y (iv) No sé de ninguna razón Mi hijo/hija/pupilo no debería donar sangre o componentes sanguíneos en este momento, y (v) he hecho las preguntas que deseaba acerca del proceso de donación de sangre y de componentes de sangre que entregue mi hijo/hija/pupilo y todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

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/pupilo.

_____ _____

(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)

Copyright © 2022