

# LISTA DE VERIFICACIÓN DE RECHAZO DEL PACIENTE DEL EMS

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Ubicación de la llamada: \_\_\_\_\_ Informe # \_\_\_\_\_

## Evaluación del paciente (completa cada ítem, encierra en un círculo la respuesta adecuada)

- Orientado a: Persona? Sí No Lugar? Sí No Tiempo? Sí No Situation? Sí No
- Nivel alterado de confusión? Sí No
- Lesión craneal? Sí No
- Ingestión de alcohol o drogas mediante examen de historia? Sí No

## Control Médico (completar cada ítem, marcar la respuesta adecuada)

\_\_\_\_\_ Contactado por: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Radio a las \_\_\_\_\_ horas  
\_\_\_\_\_ No se puede contactar (explicar en comentarios)

Pedidos:

- \_\_\_\_\_ El paciente podrá rechazar el tratamiento y/o el transporte indicado.  
\_\_\_\_\_ Usar fuerza y/o restricciones razonables para proporcionar el tratamiento indicado.  
\_\_\_\_\_ Utilice fuerza y/o restricciones razonables para el transporte.

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Asesorado al paciente (completa cada elemento, marca con un círculo la respuesta adecuada)

- Sí No Se necesita tratamiento/evaluación médica.  
Sí No Se necesita transporte en ambulancia.  
Sí No Sin tratamiento/evaluación médica se podrían producir más daños o la muerte.  
Sí No El transporte por medios distintos a la ambulancia podría ser peligroso debido a la enfermedad/lesión actual del paciente.  
Sí No Se proporciona al paciente una hoja de consejos sobre rechazo.  
Sí No El paciente no aceptaría la hoja de consejos de rechazo.

## Disposición

- \_\_\_\_\_ Rechazó todos los servicios de EMS.  
\_\_\_\_\_ Transporte rechazado, tratamiento de campo aceptado.  
\_\_\_\_\_ Tratamiento de campo rechazado, transporte aceptado.  
\_\_\_\_\_ Liberado bajo custodia propia.  
\_\_\_\_\_ Liberado bajo custodia de la agencia de focalización legal.

Agencia: \_\_\_\_\_ Oficial: \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ Liberado al cuidado de la custodia de un familiar o amigo.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

## Comentarios (use el reverso de la página para espacio adicional)

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_