

HOJA DE INFORMACIÓN DE RECHAZO DEL PACIENTE

Lea y conserve este formulario!

Este formulario le ha sido entregado porque ha rechazado el tratamiento y/o el transporte por parte del Servicio Médico de Emergencia. Su salud y seguridad son nuestra principal preocupación. Aunque haya decidido no aceptar nuestro consejo, recuerde lo siguiente:

1. La evaluación y/o el tratamiento que le brinde el equipo de rescate no sustituyen la evaluación y el tratamiento médicos realizados por un médico. Le recomendamos que obtenga evaluación y tratamiento médico.
2. Es posible que su condición no le parezca tan mala como realmente es. Sin tratamiento, podrían producirse más daños o la muerte. Si planea recibir tratamiento médico, la decisión de rechazar el tratamiento o el transporte por parte del SME puede resultar en un retraso, lo que podría empeorar su condición o problema, incluso la muerte.
3. La evaluación y/o el tratamiento médico se pueden obtener llamando a su médico, si lo tiene, o acudiendo al Departamento de Emergencias de cualquier hospital en esta área, todos los cuales cuentan con médicos de emergencia las 24 horas del día. Es posible que lo atiendan en estos Departamentos de Emergencia sin cita previa.
4. Si cambia de opinión o su condición empeora y decide aceptar tratamiento y transporte por el Servicio de Emergencia Médica, no dude en volver a llamarnos, marcando el 911. Haremos todo lo posible para ayudarlo.
5. No espere! Cuando se necesita tratamiento médico, normalmente es mejor recibirlo de inmediato.

Yo (o el POA o tutor legal del paciente) hemos sido informados sobre el estado de mi condición física actual y por la presente me niego a aceptar dicha atención médica y/o transporte según lo recomendado por los representantes del sistema EMS. Por la presente, para mí o para el POA o tutor legal del paciente, mis herederos, ejecutores y administradores y cesionarios libero para siempre y descargo por completo dicho sistema EMS, sus funcionarios, empleados, consultores médicos, hospitales, servidores o agentes prestados de mi y todo lo imaginable. responsabilidad que pudiera surgir de esta negativa de cuidado y/o transporte, por lo que acepto eximirlos completamente de toda responsabilidad. Como adulto competente o POA o tutor legal del paciente, entiendo completamente todo lo anterior y soy/es capaz de determinar una decisión racional en mi propio nombre, o como POA o tutor legal del paciente.

Iniciales _____ Rechazó todos los servicios de EMS.

Iniciales _____ Transporte rechazado, tratamiento de campo aceptado.

Iniciales _____ Tratamiento de campo rechazado, transporte aceptado.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del tutor: _____ Fecha: _____

Firma del tutor: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____