



Carta de Información de Rehusó del Paciente

Por favor de leer y obtenga copia de esta forma

Le han dado esta forma porque usted rehusó tratamiento y/o transporte por el Servicio Médico de Urgencia. Nuestro primer interés es su salud y seguridad; aunque usted decidió no aceptar nuestro consejo, por favor recuerde lo siguiente.

Iniciales _____ 1. El examen y/o tratamiento de usted por el Servicio Médico de Urgencia no es sustitución por examen y tratamiento de un doctor. Le damos consejo de conseguir un examen y tratamiento médico por un doctor.

Iniciales _____ 2. Puede que su condición sea peor que le parece a usted. Sin tratamiento, su condición o problema puede empeorar. Si tiene plan a recibir tratamiento médico, la decisión de rehusir tratamiento o transporte por el Servicio Médico de Urgencia puede resultar en demora que le empeorar su condición o problema.

Iniciales _____ 3. Examen y/o tratamiento médico se puede obtener por llamada a su doctor, si usted tiene un doctor, o por ir al Departamento de Emergencia de un hospital en la área, todos tienen doctores de emergencia 24 horas al día. Usted puede recibir consulto sin cita.

Iniciales _____ 4. Si usted se cambia de opinión o si su condición se empeorarse y decidirse aceptar tratamiento o transporte por el Servicio Médico de Urgencia, por favor no vaciles en llamar nos a regresar, por marcar el 911. Hagamos lo mejor posible a ayudar a usted.

Iniciales _____ 5. No espere. Cuando uno necesita tratamiento médico, es mejor recibirlo inmediatamente.

6. Marca en la caja a la izquierda, indica que su problem o condición fue discutido con un doctor al hospital por radio o teléfono y el aviso hecho por el Servicio Médico de Urgencia fue hecho o aprobado por el doctor.

7. Marca en la caja a la izquierda, indica que usted es el custodio/pariente legal del paciente en esta situación y representas el paciente. Con su firma abajo usted indica que leiste y entiendes lo antedicho sobre su rehusó de tartamiento y/o transporte.

Nombre en letra de molde: _____ Relación al paciente: _____

Firma del Guardiante: _____ Fecha: _____

Recibi copia de la Carta de Información de Rehusó

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Firma del Proveedor: _____ Fecha: _____