

Carta de Información del Paciente

Favor de leer y retener 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 por 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 de recibir tratamiento médico, la decisión de rehusar tratamiento o transporte por el Servicio Médico de Urgencia puede resultar en una demora que podría 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 cambie de opinión o si su condición se empeore y Usted se decida a aceptar tratamiento o transporte por el Servicio Médico de Urgencia, por favor no vacile en llamarnos a regresar, por marcar 911. Haremos lo mejor posible a ayudar a Usted.

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

6. Una marca en la caja a la izquierda indica que su problema 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. Una marca en la caja a la izquierda indica que Usted es el custodio legal del paciente en esta situación y que representa al paciente. Con su firma abajo, Usted indica que ha leído y entiende lo antedicho respecto a rehuso de tratamiento y/o transporte

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

Firma del guardián: _____ Fecha: _____

Recibi copia de la Carta de Información de Rehusó

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Firma del Proveedor: _____ Fecha: _____