DECISIÓN DEL PACIENTE CONTRA EL CONSEJO MÉDICO

Un proveedor médico ha explicado los riesgos y beneficios de mi rechazo a seguir el consejo médico con respecto al concentimiento para el tratamiento, tratamiento de emergencia, transferencia o descargo contra el consejo médico que se describe en continuación.

☐**Rechazo de Concentimiento para el Examen/Tratamiento:**

Un proveedor médico me ha aconsejado de la necesidad de un nuevo examen médico y tratamiento con las capacidades del personal y las instalaciones disponibles en Valley-Wide Health Systems. Yo comprendo perfectamente que el rechazo de este tratamiento puede poner en peligro mi salud o vida; pero es mi deseo que este rechazo sea respectado. Yo entiendo que este tratamiento se proporcionaría en Valley-Wide Health Systems si no fuera por este rechazo.

El Tratamiento Rechazado:_____

Riesgos de Negarse al Concentimiento para el Examen/Tratamiento/Transferencia:_____
_____

Beneficios del Examen/Tratamiento:_____

Motivo de Rechazo:_____

☐**Negarse a autorizar la transferencia**:

Un proveedor médico ha explicado los riesgos y beneficios de mi rechazo al concentimiento para la transferencia a un hospital. Esta persona me ha aconsejado de la necesidad de un nuevo examen y tratamientos con las capacidades del personal y las instalaciones disponibles en un hospital. Comprendo perfectamente que el rechazo a transferir o ser transferido por el personal de EMS (Servicios de Emergencias Médicas) puede poner en peligro mi salud o vida, pero es mi deseo que este rechazo sea respectado.

Motivo de Transferencia:_____

Riesgo de rechazo de consentimiento para la transferencia/EMS:_____

Motivo de Rechazo:_____

Por este medio, libero y mantengo a Valley-Wide Health Systems, Inc. y al personal de atención médica que asiste al paciente, de cualquier responsabilidad que pueda hacer valer en su contra por no proporcionar el tratamiento o transferencia descrita en este documento.

_____

Paciente o Representante Legalmente Autorizado Relación al Paciente Fecha

_____

El Paciente Rechazó Firmar Testigo Fecha

_____

Proveedor Médico que Proporcione Información Testigo Fecha