SISTEMA DE EMS DE NORTHWEST COMMUNITY
EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD
y
ACUSE DE RECIBO del AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Agencia de Servicios Médicos de Emergencia (EMS):	Fecha:
Lugar del incidente:	N° de incidente de EMS:
Nombre: Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Dirección particular:
Fecha de nacimiento: Sexo: [ ] Masculino [ ] Femenino	Número de teléfono: ( )

Se me ha informado a mí (o a mi tutor) acerca de mi estado de salud en la medida que autoricé que se me realizara un examen, y yo (o mi tutor) por medio del presente me niego (se niega) a aceptar dicha atención médica o traslado según lo recomendado por los representantes del sistema de EMS indicado anteriormente. Yo (o mi tutor) por medio del presente y en nombre mío, de mis herederos, albaceas testamentarios, administradores y cesionarios libero (libera) para siempre y completamente al sistema de EMS, a sus funcionarios, empleados, especialistas médicos, hospitales, funcionarios o agentes concesionados de toda responsabilidad concebible que pudiera surgir producto de esta negativa a recibir atención o traslado.

Se me ha informado a mí (o a mi tutor) que la negativa a recibir atención o traslado para una evaluación puede causarme dolor, discapacidad, pérdida de función, empeoramiento de mi enfermedad o incluso la muerte producto de mi enfermedad o lesión. **En mi calidad de adulto competente, declaro que yo (o mi tutor) comprendo (comprende) completamente lo anterior y que soy (es) capaz de tomar una decisión racional en mi nombre. El paciente o tutor debe anotar sus iniciales en cada línea que corresponda a continuación:**

INICIALES	**DECLARACIONES**
_____	No estoy enfermo o lesionado, y rechazo los servicios de EMS y traslado a un hospital.
_____	Se me ha informado que a partir de los antecedentes de mis quejas, el mecanismo de lesión o los resultados de un examen médico, debo recibir atención de urgencia y traslado al hospital más cercano para que un médico de urgencia me realice una evaluación más detallada. Rechazo toda evaluación o atención adicional en este momento.
_____	Rechazo el traslado a un hospital.
_____	Se me indicó comunicarme con un médico para realizarme un examen o tratamiento si mi enfermedad cambia de alguna forma.
_____	El sistema de EMS ha recomendado traslado a: _____ Rechazo el traslado a dicho hospital y solicito el traslado a: _____
_____	Se me ha informado de las limitaciones de la competencia del vehículo de EMS que responde y acepto que el traslado alternativo lo brinde: _____ Estoy consciente de que soy responsable de todos los cargos en los que se incurra.
	Acuse de recibo del AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
_____	Reconozco que la agencia de EMS que responde me dio una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

_____
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA de la persona que rechaza la atención o el traslado — Firma del paciente o tutor

NEGATIVA A FIRMAR LA DECLARACIÓN DE EXONERACIÓN o acuse de recibo de las PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

[ ] El paciente antes mencionado recibió información completa de los riesgos relacionados con el hecho de rechazar la atención o traslado, y se le pidió que leyera y firmara la declaración de exoneración de responsabilidad. El paciente o la persona autorizada para dar o no dar consentimiento por el paciente, sigue rechazando el tratamiento o traslado, y también se niega a firmar la declaración de exoneración de responsabilidad.

[ ] El paciente antes mencionado se niega a anotar sus iniciales o a firmar el acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad.

Firmas de EMS

El estado mental del paciente al momento de este incidente era alerta y orientado con respecto a las personas, el lugar y la hora. Respondió adecuadamente todas las preguntas y no se observó evidencia de incapacidad.

_____ _____
Testigo (firma EMT-B, EMT-P o PHRN) — Testigo (firma EMT-B, EMT-P o PHRN)