Limite y Liberacion de Responsabilidad
Servicio de Village of Corrales

Fecha: _____ Hora: _____ Lugar: _____

Criterio para rehusar **Edad: _____☐ Alerto/a/ y Orientado/a ☐Juicio Claro**

Los tres criterios anteriores son mandatorios tanto para pacientes como no-pacientes.

☐ Sin tendencias Suicidas ☐ Sin comportamiento Psycotico ☐ Signos Vitales normales

☐ Examen Neurologico apropriado ☐ Comprende los riesgos asociados con rehusar servicio

Cada categoria debera ser marcada al obtener el rehuzo.

Cualquier excepccion debera ser explicada por escrito en el narrativo del reporte medico.

Rechazo de tratamiento por Servicios Medicos de Emergencia y Transporte contrario a consejo medico.

He sido evaluado/tratado por heridas o enfermedad por personal de los **Servicios Medicos de Emergencia (SME).** Se me ha avisado que tengo al menos una herida o condicion que merece tratamiento medico. Entiendo que al no ser tratado, esta herida o condicion medica puede resultar en deshabilidad o aun en muerte. **Rechazo** cualquier otro tratamiento o transporte por ambulancia al hospital de acuerdo a protocolos del **SME** o direccion medica. A la vez entiendo que al firmar esta forma no significa que no pueda obtener atencion medica por mi mismo/a o que no pueda volver a llamar solicitando al **SME**.

Mis iniciales en esta linea indican que esta seccion se aplica a mi_____

Assesoramiento y/o tratamiento sin transporte por Ambulancia.

He sido evaluado/tratado por heridas o enfermedad por personal de los **Servicios Medicos de Emergencia (SME)**. Se me ha avisado que mi condicion merece evaluacion o tratamiento por un medico. Tambien se me ha avisado que mi condicion puede estar cambiando. **Rechazo** cualquier otro tratamiento o transporte por ambulancia al hospital de acuerdo a protocolos del **SME** o direccion medica. A la vez entiendo que al firmar esta forma no significa que no pueda obtener atencion medica por mi mismo o que no pueda volver a llamar solicitando al **SME**.

Mis iniciales en esta linea indican que esta seccion se aplica a mi_____

Menores de edad / pacientes incapacitados.

_____ ha sido evaluado/tratado por heridas o enfermedad por personal de los **Servicios Medicos de Emergencia (SME)**. Como **su padre/madre/guardian/persona responsable** (favor de marcar uno) Se me ha avisado que su condicion merece evaluacion o tratamiento por un medico. Rechazo cualquier otro tratamiento o transporte por ambulancia a un hospital de acuerdo a protocolos del **SME** o direccion medica. Tambien entiendo que al firmar esta forma no significa que no pueda obtener atencion medica por mi mismo/a o que no pueda volver a llamar solicitando al **SME**.

Mis iniciales en esta linea indican que esta seccion se aplica a mi _____

Servicios de sobriedad de la Cominidad Metropolitana de Albuquerque (A.M.C.S.S.)

He sido evaluado por personal de los **Servicios Medicos de Emergencia (SME)**. Se me ha informado que cumplo los requisitos para ser aceptado por A.M.C.S.S. **Rechazo** cualquier otro tratamiento o transporte por ambulancia a un hospital de acuerdo a protocolos del **SME** o direccion medica. En su lugar haré arreglos para entrar a A.M.C.S.S. Tambien entiendo que al firmar esta forma no significa que no pueda obtener atencion medica por mi mismo/a o que no pueda volver a llamar solicitando al **SME**.

Mis iniciales en esta linea indican que esta seccion se aplica a mi_____

No soy paciente

El personal de los **Servicios Medicos de Emergencia (SME)** me ha entrevistado y les he indicado que no tengo quejas ni dolor o enfermedad. No me considero ser paciente. Entiendo que podria necesitar evaluacion o tratamiento por un medico. **Rechazo** cualquier otro tratamiento o transporte por ambulancia al hospital de acuerdo a protocolos del **SME** o direccion medica. A la vez entiendo que al firmar esta forma no significa que no pueda obtener atencion medica por mi mismo/a o que no pueda volver a llamar solicitando **SME**.

Mis iniciales en esta linea indican que esta seccion se aplica a mi_____

Aceptacion de responsabilidad y liberacion de SME (requerido para cualquier seccion).

Entiendo que los SME han hecho un esfuerzo por determinar que estoy alerto, orientado y capaz de hacer decisiones por mi mismo/a. He leido o se me ha leido la seccion que he marcado con mis iniciales arriba. Mi evaluacion y opciones de tratamiento han sido explicados y las entiendo. No tengo mas preguntas para **SME**. Por lo siguiente, a sabiendas y voluntariamente libero a todo individuo, organizacion y entidades que participan bajo los protocolos del systema del Village of Corrales, de responsabilidad fiscal, legal o monetaria, o de litigacion que pueda surgir a causa de mi decision sobre mi cuidado medico o el de mi apoderado/a.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Telefono_____

Direccion_____ Ciudad_____ Estado _____ CP _____

Nombre de Padre/Madre/Guardian o traductor_____

Firma _____ Fecha_____

Testigo #1 _____ Testigo #2_____

Nombre del Medico de Emergencia (MCEP) si es applicable _____