

# Limite y Liberacion de Responsabilidad Servicio de Sandoval County

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 Psicotico  Signos Vitales normales  
 Examen Neurologico apropiado  Comprende los riesgos asociados con rehusar servicio

**Cada categoria debera ser marcada al obtener el rechazo.**  
**Cualquier excepcion 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 \_\_\_\_\_

**Asesoramiento 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 \_\_\_\_\_

**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 alerta, orientado y capaz de hacer decisiones por mi mismo/a. He leído o se me ha leído 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 sistema del Condado de Sandoval, 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 \_\_\_\_\_