

**New Mexico Department of Public Safety
Emergency Medical Service (EMS) Liability Release**

Date: _____ Time: _____ Location: _____

Refusal Criteria	Age: _____	<input type="checkbox"/> Alert/Oriented	<input type="checkbox"/> Clear Judgement
[THE ABOVE THREE CRITERIA ARE TO BE COMPLETED FOR ALL PATIENTS AND NON-PATIENTS]			
<input type="checkbox"/> No Suicidal Tendencies		<input type="checkbox"/> Vital Signs Within Normal Limits	
<input type="checkbox"/> Appropriate Neuro. Exam		<input type="checkbox"/> Understands Risks Associated with Refusal of Care	
ALL BOXES SHOULD BE CHECKED WHEN OBTAINING A PATIENT REFUSAL. ANY EXCEPTION TO THE ABOVE MUST BE DOCUMENTED IN DETAIL IN THE BODY OF THE REPORT NARRATIVE			

Refusal of EMS care and transport against medical advice
I have been assessed and/or treated for illness or injury by EMS. I have been advised I have at least one potentially serious illness or injury, which needs further treatment. I understand that failure to treat this illness or injury may lead to my disability or death. I **REFUSE** further treatment by EMS, as well as transport by EMS to the hospital of my choice, in accordance with EMS protocols and/or medical direction. I also understand that signing this refusal does not preclude me from later obtaining medical care on my own, and/or requesting another EMS response.

My initials here indicate that this section applies to me

Assessment and/or treatment without EMS transport
I have been assessed and/or treated for illness or injury by EMS. I have been advised and understand I may need further assessment and treatment by a physician. I have also been advised of possible signs and symptoms that my condition may be changing. I **REFUSE** further treatment and transport by EMS, to the hospital of my choice in accordance with EMS protocols and/or medical direction. I also understand that signing this refusal does not preclude me from later obtaining medical care on my own, and/or requesting another EMS response.

My initials here indicate that this section applies to me

Juvenile/Incompetent patient
_____ has been assessed and/or treated for illness or injury by EMS. As his/her parent / guardian (circle), I have been advised and understand he/she may need further assessment and treatment by a physician. I **REFUSE** further treatment of him/her by EMS as well as transport by EMS of him/her to the hospital of my choice, in accordance with EMS protocols and/or medical direction. I also understand that signing this refusal does not preclude me from later obtaining medical care for him/her, and/or requesting another EMS response.

My initials here indicate that this section applies to me

Non-patient
EMS has met with me, and I have told them I have no medical complaint, illness, or injury. I do not consider myself to be a patient. I have been advised and understand I may need further assessment and treatment by a physician. I **REFUSE** treatment, as well as transport by EMS to the hospital, consistent with EMS protocols and/or medical direction. I also understand that signing this refusal does not preclude me from later obtaining medical care on my own, and/or requesting another EMS response.

My initials here indicate that this section applies to me

Acceptance of responsibility and release of EMS (REQUIRED FOR ALL SECTIONS)
I understand that EMS has made a good faith determination that I am alert, oriented and able to make decisions for my ward or myself. I have read, or have had read to me, the section I have initialed above. My EMS assessment and my treatment options were explained to me and I understand them. I have no further questions of EMS at this time. I now knowingly and voluntarily release all individuals, organizations, and entities participating in and under the New Mexico Department of Public Safety EMS System from any liability for any and all claims arising from my decisions regarding my or my wards' healthcare.

Name _____ DOB _____ Telephone _____
Address _____ City _____ State _____ ZIP _____
Translator/Parent/Guardian Name _____
Signature _____ Date _____
Witness #1 _____ Witness #2 _____
Medical Control Emergency Physician (If Applicable) _____

**Servicios Medicos de Emergencia (EMS) – Departamento de Nuevo México de la Seguridad Pública
Liberación de Responsabilidad en Caso de Negació a Recibir Servidios de Emergencia y Ambulancia**

Fecha: _____ Hora: _____ Localización _____

Criterios para la Negación Edad: _____ Alerta/orientado(a) En su claro juicio

[ESTOS TRES CRITERIOS SE DEBEN LLENAR PARA TODA PERSONA, SEA O NO SEA PACIENTE]

- No hay tendencias suicidas Signos Vitales dentro de los límites normales
 Examen Neurológico Adecuado Entiende los riesgos asociados con la negación a recibir atención

TODOS ESTOS RECUADROS DEBEN LLENARSE AL OBTENER UNA NEGACIÓN DE UN PACIENTE. CUALQUIERA EXCEPCIÓN DEBERÁ IR DOCUMENTADA DETALLADAMENTE EN LA NARRATIVA DEL EXPEDIENTE

Negación a recibir cuidado Médico de Emergencia y transporte de EMS en contra de una recomendación médica

He recibido de EMS una evaluación y/o tratamiento para mi enfermedad o lesión. Se me ha informado que tengo por lo menos una enfermedad o lesión potencialmente grave que requiere tratamiento adicional. Entiendo que el no recibir tratamiento para esta enfermedad o lesión podría dar como resultado discapacidad o incluso la muerte. **ME NIEGO** a recibir tratamiento adicional de EMS, incluyendo transporte al hospital de mi preferencia, de acuerdo con los protocolos de EMS y/o recomendación médica. Igualmente entiendo que firmar esta negativa no me excluye de obtener atención médica por mi propia cuenta, ni a pedir otra respuesta de EMS.

Mis iniciales aquí indican que esta sección se aplica a mí _____

Evaluación y/o tratamiento sin transporte de EMS

He recibido de EMS una evaluación y/o tratamiento para mi enfermedad o lesión. Se me ha informado y entiendo que podría necesitar evaluación y/o tratamiento adicional por parte de un médico. También se me ha informado de posibles signos y síntomas que indican que mi condición puede estar cambiando. **ME NIEGO** a recibir tratamiento adicional y transporte de EMS al hospital de mi preferencia, de acuerdo con los protocolos de EMS y/o recomendación médica. Igualmente entiendo que firmar esta negativa no me excluye de obtener atención médica por mi propia cuenta, ni a pedir otra respuesta de EMS.

Mis iniciales aquí indican que esta sección se aplica a mí _____

Paciente Menor/No Competente

EMS le ha proporcionado a _____ una evaluación o tratamiento para enfermedad o lesión. Como su padre/madre/guardián/ tutor legal (encerrar en un círculo la opción que corresponda) se me ha informado y entiendo que podría necesitar evaluación o tratamiento adicional por parte de un médico. **ME NIEGO** a que reciba tratamiento adicional de EMS, incluyendo transporte al hospital de mi preferencia, de acuerdo con los protocolos de EMS y/o recomendación médica. Igualmente entiendo que firmar esta negativa no me excluye de obtener atención médica a nombre suyo, ni a pedir otra respuesta de EMS.

Mis iniciales aquí indican que esta sección se aplica a mí _____

No Paciente

EMS se ha reunido conmigo, y les he dicho que no tengo ninguna queja médica, ni enfermedad ni lesión. No me considero un paciente. Se me ha informado y entiendo que podría necesitar evaluación y tratamiento adicional por parte de un médico. **ME NIEGO** a recibir tratamiento adicional de EMS, incluyendo transporte al hospital, de acuerdo a los protocolos de EMS y/o recomendación médica. Entiendo que firmar esta negativa no me excluye de obtener atención médica por mi cuenta, ni a pedir otra respuesta de EMS.

Mis iniciales aquí indican que esta sección se aplica a mí _____

Aceptación de responsabilidad y liberación de EMS. (SE REQUIERE PARA TODAS LAS SECCIONES)

Entiendo que EMS de buena fe ha tomado la determinación de que estoy alerta, orientado(a) y que puedo tomar decisiones por mi persona o la persona bajo mi custodia. He leído, o se me ha leído, la sección en la que he escrito mis iniciales. Se me explicaron mis opciones de evaluación y tratamiento de EMS y las entiendo. No tengo más preguntas para EMS por el momento. Ahora, con todo conocimiento, libero a todo individuo, organización y entidad participante en los Protocolos y Lineamientos del Sistema EMS del Departamento de Nuevo Mexico de Seguridad Pública, de cualquier responsabilidad por cualquiera y toda reclamación que pudiera surgir de mis decisiones respecto a mi salud o la salud de la persona bajo mi custodia.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____

Nombre del Traductor/Padre/Guardián _____

Firma _____ Fecha _____

Testigo #1 _____ Testigo #2 _____

Médico de Control de Emergencias (MCEP) (En caso aplicable) _____