

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) _____