



NAPA COUNTY EMS AGENCY
Servicios Médicos de Emergencia del Condado de Napa
RAS/AMA FORM

Rehúso a una Evaluación/Tratamiento/Transporte Formulario

Date: _____ Unit #: _____ Incident/Dispatch #: _____

El Personal de Apoyo Vital Básico / Apoyo Vital Avanzado (BLS/ALS Personnel)

Sección I – Si es dado de alta en el lugar del incidente

Person/Patient Refused to Sign

Ni yo (ni mi hijo, según corresponda) ni el asistente de EMT(s) y/o paramédico(s) creen que tengo una enfermedad o lesión (herida) que requieran EMS tratamiento médico y transporte. Estoy de acuerdo que no es necesario una nueva EMS evaluación, tratamiento o transporte en este momento. Yo entiendo que si cambio de opinión o si mi condición empeora y me gustaría más tratamiento/transporte por el sistema de Servicios Médicos de Emergencia (SME) puedo llamar al 911 y ellos responderán.

| | |
|--|--|
| Nombre del Persona/Paciente: _____ <small>Person/Patient Name</small> | Firma del Persona/Paciente: _____ <small>Person/Patient Signature</small> |
| Número de Teléfono del Paciente: _____ <small>Patient Phone Number</small> | Correo Electrónico del Paciente: _____ <small>E-mail Address</small> |
| Firma del Persona/Padre Guardián: _____ <small>Person/Parent Guardian Signature</small> | Parentesco: _____ <small>Relationship</small> |
| Nombre del Testigo: _____ <small>Witness Name</small> | Firma del Testigo: _____ <small>Witness Signature</small> |
| Nombre del Paramédico/EMT: _____ <small>Paramedic Name</small> | Firma del Paramédico: _____ <small>Paramedic Signature</small> |

El Personal de Apoyo Vital Avanzado Solamente (ALS Personnel Only)

Sección II– Contra el Consejo Médico (CCM)- Rehúso a una Evaluación/Tratamiento/Transporte

Yo, _____ reconozco que el _____
Nombre Del Paciente (Patient Name) / Fecha (Date)

Paramédico (Paramedico) / Licencia (License) / Agencia de Servicios de Proveedores (Service Provider Agency)

Se me explicó mi condición y se me aconsejo sobre algunos de los riesgos posibles y/o complicaciones que podrían surgir por no aceptar el cuidado médico que se me ofrece. También se me aviso de otros riesgos y/o complicaciones que en este momento son desconocidos como pudiera ser la perdida de una de mis extremidades y posiblemente hasta la vida. Estoy consciente de que hay riesgos y/o complicaciones conocidas y desconocidas, aun rehusó el consejo médico que se me sugiere.

- Rehusó Todo el Cuidado Médico (All Care Refused) *Person/Patient Refused to Sign*
 Rehusó el Cuidado Especifico (Specific Care Refused): _____

Yo mantendré libre de toda responsabilidad al personal de Servicios Médicos de Emergencia (SME) por cualquier condición(es) médica que resulte a causa de no haber seguido las recomendaciones de recibir cuidado médico sugerido.

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: _____ <small>Patient Name</small> | Firma del Paciente: _____ <small>Patient Signature</small> |
| Firma del Padre/Guardián: _____ <small>Parent/Guardian Signature</small> | Parentesco: _____ <small>Relationship</small> |
| Nombre del Testigo: _____ <small>Witness Name</small> | Firma del Testigo: _____ <small>Witness Signature</small> |
| Nombre del Paramédico/EMT: _____ <small>Paramedic Name</small> | Firma del Paramédico: _____ <small>Paramedic Signature</small> |

Commentaries (comments): _____