



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

Rehúso a una Evaluación/Tratamiento/Transporte Formulario

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

BLS/ALS Personnel

Person/Patient Refused to Sign

Section I - Release at Scene (RAS)

Neither I nor the attending EMT(s) and/or paramedic(s) believe that I (or my child) have an illness or injury requiring EMS system transport. I agree that I *do not* need further EMS assessment, treatment and *do not* require EMS system transportation at this time. I understand that if I change my mind or if my condition changes and I wish further treatment / transportation by the EMS system; I can call 911 and they will respond.

Person/Patient Name (print): _____	Person/Patient Signature: _____
Person/Patient Phone Number: _____	E-mail Address: _____
Person/Patient Guardian Signature: _____	Relationship: _____
Witness Name: _____	Witness Signature: _____
EMT/Paramedic Name: _____	EMT/Paramedic Signature: _____

E

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

Person/Patient Refused to Sign

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

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 SME tratamiento médico y transporte. Estoy de acuerdo que no es necesario una nueva SME 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 Paciente: _____ <small>Patient Name</small>	Firma del Paciente: _____ <small>Patient Signature</small>
Número de Teléfono del Paciente: _____ <small>Patient Phone Number</small>	Correo Electrónico del Paciente: _____ <small>E-mail Address</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 EMT/Paramédico: _____ <small>EMT/ Paramedic Name</small>	Firma del EMT/Paramédico: _____ <small>EMT/Paramedic Signature</small>

S

Comments/Comentarios: _____

Revised 01/01/2019