



ADHS HealthCheck Program
RECHAZO DE SERVICIOS DIAGNÓSTICOS O DE
TRATAMIENTO

Chart # _____

WWHP
 FFHP

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____(DD/MM/AAAA)

Clínica: _____ Proveedor de Salud: _____

POR FAVOR COMPLETAR LAS SIGUIENTES SECCIONES QUE CORRESPONDAN AL CLIENTE:

- Los resultados de su(s) _____ prueba(s) es/son anormal(es).
- Su proveedor de salud le gustaría verle para evaluar esta condición más a fondo y darle una mejor diagnosis. Su proveedor de salud recomienda las siguientes pruebas para determinar que está pasando en su cuerpo:

- Su proveedor de salud ha diagnosticado su condición y usted necesita ser referido(a) a: _____ para tratamiento.

POR FAVOR LEER Y FIRMAR LA SIGUIENTE DECLARACION DE RECHAZO DE PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO:

Yo entiendo que podría tener una condición potencialmente grave y que mi proveedor de salud recomienda este procedimiento/tratamiento. Yo entiendo que podría haber un gran riesgo para mi salud si no tengo el procedimiento/tratamiento recomendado. Las razones por las que este procedimiento/tratamiento ha sido recomendado para mí han sido explicadas. Yo entiendo por qué necesito este procedimiento/tratamiento y como es realizado. Yo entiendo el posible daño a mi salud que podría sufrir por no tener o por retrasar este procedimiento/tratamiento. Yo entiendo que por firmar este formulario no me impide de tener este procedimiento/tratamiento en una fecha posterior.

Yo asumo los riesgos y consecuencias relacionadas con no tener o retrasar este procedimiento/tratamiento y libero a aquellos que me ofrecen este procedimiento, incluyendo el ADHS HealthCheck Program y su personal, proveedores de servicios médicos y empleados, de cualquier responsabilidad y de cualquier y toda responsabilidad causada por mi rechazo.

Mi firma abajo certifica mi rechazo de este procedimiento/tratamiento. Yo renuncio a todas las acciones y demandas por mi o en mi nombre resultando por mi rechazo.

Nombre de Cliente: _____

Firma de Cliente: _____ Fecha: ____/____/____

Case Manager's Name: _____

Case Manager's Signature: _____ Date: ____/____/____