

SUNY Downstate Medical Center UNIVERSITY
HOSPITAL OF BROOKLYN

**ALTA CONTRA LA
RECOMENDACIÓN MÉDICA**

Nombre:

N.º de exp. médico:

(Please affix label or print)

Estación de enf.:

Servicio/Dr(a).:

FORMULARIO E

PÁGINA 1 de 2

El presente documento tiene como propósito certificar que soy mayor de 18 años, que rechazo los servicios de este centro y que me marché del establecimiento en contra de la recomendación de los proveedores de cuidado de la salud de este centro. Reconozco que me han informado sobre los riesgos, las consecuencias y los peligros para mi salud, y posiblemente para mi vida, que pueden resultar si me marché del centro en este momento.

Me han dado tiempo para hacer preguntas sobre mi afección y mi decisión de marcharme del centro en contra de la recomendación médica.

De forma voluntaria, asumo los riesgos y acepto las consecuencias de mi decisión de rechazar los servicios de este centro y eximo a todos los proveedores de cuidado de la salud, al centro y a su personal de toda responsabilidad por los efectos perjudiciales que puedan derivar por marcharme de este establecimiento.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma

Fecha

Si el paciente no puede dar su consentimiento, se debe obtener la firma ya sea del agente de cuidado de la salud o del tutor legal que actúa en nombre del paciente o del familiar más cercano que da el consentimiento para el tratamiento del paciente.

Agente de cuidado de la salud/Tutor (en letra de imprenta) Firma/Relación

Fecha

TESTIGO: A firmar por un empleado del centro que no sea el proveedor de cuidado de la salud del paciente. He sido testigo de la firma voluntaria de este formulario por parte del paciente o de otra persona que corresponda.

Nombre del testigo (en letra de imprenta)

Firma

Fecha

SUNY Downstate Medical Center UNIVERSITY
HOSPITAL OF BROOKLYN

**ALTA CONTRA LA
RECOMENDACIÓN MÉDICA**

Nombre:

N.º de exp. médico:

(Please affix label or print)

Estación de enf.:

Servicio/Dr(a).:

FORMULARIO E

PÁGINA 2 de 2

INTÉRPRETE/TRADUCTOR: A firmar por el intérprete/traductor si el paciente necesitó dicha ayuda. Según mi leal entender, el paciente comprendió lo que se le interpretó/tradujo y firmó el presente formulario de manera voluntaria.

Nombre del intérprete/traductor (en letra de imprenta)

Firma

Fecha

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He registrado una conversación con el paciente/la persona allegada en una nota de progreso respecto de la naturaleza y el propósito de la operación, del (de los) tratamiento(s) o del procedimiento, así como de los riesgos asociados, las consecuencias y las alternativas disponibles. El paciente ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el procedimiento o el tratamiento propuesto, y he respondido a dichas preguntas. El paciente/la persona allegada también expresó que comprende la información que se le proporcionó.

En la conversación que tuve con el paciente/la persona allegada, incluí el tema de la sedación consciente. Sí
No

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

FECHA

NOMBRE EN IMPRENTA Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN