

# Albuquerque Fire Department

## Limite y liberación de Responsabilidad

**Date:** \_\_\_\_\_ **Time:** \_\_\_\_\_ **Location:** \_\_\_\_\_ **Unit #** \_\_\_\_\_ **CAD #** \_\_\_\_\_

**Refusal Criteria**    Age: \_\_\_\_\_    Alert/Oriented    \_\_\_\_\_    Clear Judgment  
 \_\_\_\_\_ No Suicidal tendencies    \_\_\_\_\_ No Psychotic Behavior    \_\_\_\_\_ Vital Signs within Normal Limits  
 \_\_\_\_\_ Appropriate Neuro. Exam    \_\_\_\_\_ Understands Risks Associated with Refusal of Care

**ALL AREAS MUST BE CHECKED FOR A VALID REFUSAL TO BE ACCEPTED**

**Rechazo de tratamiento por Servicios Médicos de Emergencia y Transporte contrario a consejo medico.**

He sido evaluado/tratado por heridas o enfermedad por personal de los **Servicios Médicos de Emergencia (SME)**. Se me ha avisado que tengo al menos una herida o condición que merece tratamiento medico. Entiendo que al no ser tratado, esta herida o condición médica puede resultar en deshabilitación o aun en muerte. **Rechazo** cualquier otro tratamiento o transporte por ambulancia al hospital de acuerdo a protocolos del **SME** o dirección medica. A la vez entiendo que al firmar esta forma no significa que no puedo obtener atención medica por mi mismo/a o que no pueda volver a llamar solicitando al **SME**.

**Mis iniciales en esta línea indican que esta sección se aplica a mí.** \_\_\_\_\_

**Asesoramiento y/o tratamiento sin transporte por Ambulancia**

He sido evaluado/tratado por heridas o enfermedad por personal de los **Servicios médicos de Emergencia (SME)**. Se me ha avisado que mi condición merece evaluación o tratamiento por un medico. También se me ha avisado que mi condición puede estar cambiando. **Rechazo** cualquier otro tratamiento o transporte por ambulancia al hospital de acuerdo a protocolos del **SME** o dirección medica. A la vez entiendo que al firmar esta forma no significa que no puedo obtener atención medica por mi mismo/a o que no puedo volver a llamar solicitando al **SME**.

**Mis iniciales en esta línea indican que esta sección se aplica a mí.** \_\_\_\_\_

**Menores de edad/pacientes incapacitados**

\_\_\_\_\_ Ha sido evaluado/tratado por heridas o enfermedad por personal de los **Servicios médicos de Emergencia (SME)**. Como **su padre/madre/guardián/persona responsable** (favor de marcar uno) Se me ha avisado que mi condición merece evaluación o tratamiento por un medico. **Rechazo** cualquier otro tratamiento o transporte por ambulancia a un hospital de acuerdo a protocolos del **SME** o dirección medica. A la vez entiendo que al firmar esta forma no significa que no puedo obtener atención medica por mi mismo/a o que no puedo volver a llamar solicitando al **SME**.

**Mis iniciales en esta línea indican que esta sección se aplica a mí.** \_\_\_\_\_

**Servicios de sobriedad de la Comunidad Metropolitana de Albuquerque (A.M.C.S.S.)**

He sido evaluado por personal de los **Servicios médicos de Emergencia (SME)**. Se me ha informado que cumpla los requisitos para ser aceptado por **A.M.C.S.S.** **Rechazo** cualquier otro tratamiento o transporte por ambulancia a un hospital de acuerdo a protocolos del **SME** o dirección medica. En su lugar haré arreglos para entrar a **A.M.C.S.S.** También entiendo que al firmar esta forma no significa que no pueda obtener atención medica por mi mismo/a o que no pueda volver a llamar solicitando al **SME**.

**Mis iniciales en esta línea indican que esta sección se aplica a mí.** \_\_\_\_\_

**No soy paciente**

El personal de los **Servicios Médicos de Emergencia (SME)** me ha entrevistado y les he indicado que no tengo quejas ni dolor o enfermedad. No me considero ser paciente. Entiendo que podría necesitar evaluación o tratamiento por un medico. **Rechazo** cualquier otro tratamiento o transporte por ambulancia al hospital de acuerdo a protocolos del **SME** o dirección medica. A la vez entiendo que al firmar esta forma no significa que no puedo obtener atención medica por mi mismo/a o que no puedo volver a llamar solicitando al **SME**.

**Mis iniciales en esta línea indican que esta sección se aplica a mí.** \_\_\_\_\_

**Aceptación de responsabilidad y liberación de SME (requerido para cualquier sección)**

Entiendo que los **SME** han hecho un esfuerzo por determinar que estoy alerta, orientado y capaz de hacer decisiones por mi mismo/a. He leído o se me ha leído la sección que he marcado con mis iniciales arriba. Mi evaluación y opciones de tratamiento han sido explicadas y las entiendo. No tengo mas preguntas para **SME**. Por lo siguiente, a sabiendas y voluntariamente **libero** a todo individuo, organización y entidades que participan bajo los protocolos del sistema del Condado de Bernalillo, de responsabilidad fiscal, legal o monetaria, o de litigación que pueda surgir a causa de mi decisión sobre mi cuidado medico o el de mi apoderado/a.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Madre/Guardián o traductor \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo #1 \_\_\_\_\_ Testigo #2 \_\_\_\_\_

Nombre del medico de Emergencia (MCEP) si es aplicable \_\_\_\_\_