



FORMULARIO DE RECHAZO DE SERVICIOS MÉDICOS

Nombre Impreso Residente _____ Número de IDHS _____ Unidad _____

Fecha _____ Hora _____

Servicios o Tratamiento Rechazado:

Riesgos, consecuencias, posibles complicaciones y los resultados probables de rechazar los servicios médicos han explicado el residente.

El tratamiento Rushville y en un Centro de Detención Departamento de Cuidado de la Salud se libera de cualquier responsabilidad, lesiones previstos y cualesquiera circunstancias imprevistas causadas por el rechazo del tratamiento y / o servicios médicos del residente.

Firma del residente

Fecha

Representante de la salud Nombre Impreso

Título

Firma del representante de atención médica

Fecha