

Carolina Family Health Centers, Inc.

Carolina Family Dental Center • Freedom Hill Community Health Center • Harvest Family Health Center • Wilson Community Health Center

RECHAZO INFORMADO

Mi proveedor medico, _____ ha recomendado lo siguiente: _____

Me explicó los beneficios potenciales de la prueba, procedimiento, tratamiento o consulta y los riesgos. A pesar de la recomendación de mi proveedor médico, me niego a aceptar sus recomendaciones. El proveedor me ha explicado los riesgos asociados con el incumplimiento de esta recomendación:

Al firmar este documento, reconozco que 1.) mi proveedor médico me ha evaluado y explicado mi afección médica o dental y me ha recomendado el tratamiento como se indicó anteriormente, 2.) mi proveedor me ha explicado los beneficios potenciales de dicho tratamiento o remisión y los riesgos asociados con este, 3.) mi proveedor me ha explicado los posibles riesgos de no cumplir con la recomendación de tratamiento o evaluación, y los entiendo completamente, y 4.) He tenido la oportunidad de discutir todas las preguntas relacionadas con la recomendación de tratamiento. A pesar de que lo entiendo, rechazo o me niego a dar mi consentimiento para recibir tratamiento médico.

He rechazado esta recomendación debido a:

- ☐ Falta de transporte
- ☐ Falta de dinero/seguro médico para cubrir el costo de los servicios
- ☐ Elección personal de no tener el procedimiento o evaluación
- ☐ Esperando cobertura del seguro
- ☐ Razones religiosas
- ☐ Voy a hacer mi propia cita
- ☐ Otra (por favor explique) _____

Entiendo que mi negativa a esta cita o procedimiento puede resultar en la detección tardía de la enfermedad; la incapacidad de mi proveedor de atención médica para evaluar mi problema de salud y proporcionar tratamiento; y posiblemente puede conducir a una disminución en el estado de salud y la muerte.

Entiendo que si cambio de opinión, puedo comunicarme con el personal de Carolina Family Health Centers, Inc. en cualquier momento para ayudarme a organizar esta cita o evaluación.

Estoy de acuerdo en que el Especialista de remisiones de Carolina Family Health Centers, Inc. me ha informado adecuadamente sobre otros proveedores médicos en el área que pueden proporcionar los mismos servicios, pero aún no puedo hacer la cita por las razones mencionadas anteriormente.

Nombre del Paciente (Letra de molde)

MR #

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Testigo

Fecha