

DEPARTAMENTO DE CORRECCIONES DE OKLAHOMA  
RENUNCIA DE TRATAMIENTO/EVALUACION  
(Waiver of Treatment/Evaluation)

Facilidad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Tiempo \_\_\_\_\_

Certifico que me niego a dar mi consentimiento para el siguiente tratamiento/procedimiento/prueba de diagnóstico/medicación/externo derivación/laboratorio por mi propia insistencia y en contra del consejo del proveedor de atención médica.

1. Denegación de: (Marque todo lo que corresponda)

Cita Programada:  Clínica Crónica  Examen Físico  Examen de Seguimiento  Examen de la Vista  
 Laboratorio  Dental

Cita de especialidad externa "Clínica específica" \_\_\_\_\_

Si el rechazo es para una cita en una clínica especializada externa debido a una condición médica que impide viajar o una Visita familiar programada, ¿el recluso desea que se re programe la cita en la clínica especializada externa?

Sí  No

Prueba de diagnóstico "Especificar" \_\_\_\_\_

Procedimiento programado "Especificar" \_\_\_\_\_

Medicamentos "Especificar" \_\_\_\_\_

Otra especificar" \_\_\_\_\_

2. Motivo del rechazo: (Marque todo lo que corresponda)

Ya no quiero una evaluación o tratamiento de mis síntomas/condición.

He decidido esperar hasta después de ser liberado del ODOC para continuar con la evaluación y el tratamiento.

Explicar: \_\_\_\_\_

3. Un proveedor de atención médica, RN, LPN o QMHP me ha informado del riesgo que conlleva mi rechazo. Éstas incluyen: Posible muerte prematura evitable, dolor y sufrimiento, discapacidad progresiva, empeoramiento de la salud, nuevas enfermedades, complicaciones de condiciones existentes, necesidad de cirugías, procedimientos o hospitalizaciones. Los medicamentos actuales pueden ser suspendido debido al incumplimiento del seguimiento continuo necesario del tratamiento.

Otro: \_\_\_\_\_

4. Durante la entrevista clínica que incluyó asesoramiento y educación, el proveedor de atención médica, RN o LPN Me dio la oportunidad de hacer preguntas y ha respondido a mis preguntas.

5. Asumo total responsabilidad por cualquier resultado causado por mi decisión y por la presente libero a la institución, sus empleados, funcionarios y al proveedor de toda responsabilidad legal.

6. Certifico que estoy en mi sano juicio y he leído, o me han leído, y entiendo completamente la información anterior sobre mi rechazo a aceptar tratamiento/evaluación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas antes de colocar mi firma.

7. Entiendo que puedo retractarme de mi decisión y recibir el tratamiento/procedimiento/prueba de diagnóstico/medicación/externo. derivación/laboratorio, aunque pueden resultar consecuencias debido al retraso.

Firma del recluso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención médica/RN/LPN/QMHP: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si el ofensor se niega a firmar dicha declaración, no se le puede obligar legalmente a hacerlo ni se le puede retener la libertad hasta el delincuente firma. Si esto ocurre, el formulario debe completarse en presencia de dos miembros del personal de la instalación y la declaración documentado en el formulario, "FIRMA RECHAZADA".

Firma de testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del recluso:  
(Último primero)

Número de DOC