

LIBERAL DE RESPONSABILIDAD MÉDICA

Entiendo perfectamente que solamente me han administrado tratamiento de emergencia y que debo consultar mi médico privado *inmediatamente* para continuar con mi cuidado médico. Por lo tanto exonero al Condado De Los Angeles de toda responsabilidad.

Firma del Paciente o Persona Responsable

Parentesco

Fecha

RECHAZO DE CUIDADO MÉDICO

Me niego a recibir el cuidado médico recomendado por los médicos del Centro Médico Harbor-UCLA del Condado de Los Angeles y los libero de toda responsabilidad.

Firma del Paciente o Persona Responsable

Parentesco

Fecha

ABANDONO DEL HOSPITAL CONTRA LA OPINIÓN DEL MÉDICO

La presente es para afirmar que yo, _____, paciente del Hospital arriba mencionado, salgo del Hospital en contra del conséjo del médico encargado de mi caso y de la Administración del Hospital. Reconozco que he sido informado (a) del riesgo envuelto y por lo tanto libero al médico encargado, al Hospital y al Condado de Los Angeles de toda responsabilidad y de toda mala consecuencia que pueda resultar de esta acción

Entiendo perfectamente de que me han dado la cantidad de medicamentos normal para el alray que he sido instruido (a) por el personal médico apropiado acerca de la dosis respectiva.

También he sido instruido (a) de regresar al hospital inmediatamente en case de una reacción, para así poder recibir el tratamiento necesario.

Firma del Paciente o Persona Responsable

Parentesco

Fecha

Direccion

Ciudad

Estado

Zona Postal

Testigo

Título

Fecha

Testigo

Título

Fecha

