**GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA**

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS**



**Negativa a recibir atención médica del Departamento de Bomberos y Servicios Médicos de Emergencia del Distrito de Columbia (FEMS)**

|  |  |
| --- | --- |
| ❑ | Entiendo lo que se me ha explicado respecto a todo posible problema(s) médico(s) y/o lesiones resultantes de circunstancias que se documentarán en un formulario de Informe de Incidente Inusual (UIR) del Departamento de Servicios Humanos (DHS). |
| ❑ | Soy consciente de que negarme a recibir tratamiento médico en este momento para someterme a una evaluación y tratamiento adicionales de todo posible problema(s) médico(s) y/o lesiones resultantes de circunstancias que se documentarán en un formulario UIR del DHS, podría provocar lesiones o enfermedades no diagnosticadas, hacer que mi estado empeore o provocar el desarrollo de problemas adicionales, incluida la muerte o una discapacidad permanente.  |
| ❑ | Soy consciente de que negarme a ser trasladado al hospital para una evaluación y tratamiento adicionales de todo posible problema(s) médico(s) y/o lesiones resultantes de circunstancias que se documentarán en un formulario UIR del DHS podría provocar lesiones o enfermedades no diagnosticadas, hacer que mi estado empeore o provocar el desarrollo de problemas adicionales, incluida la muerte o una discapacidad permanente.  |

**EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD**

*El hecho de firmar el presente formulario representa que me niego a recibir cualquier otro servicio médico ofrecido por el Departamento de Bomberos y Servicios Médicos de Emergencia del Distrito de Columbia (FEMS) en respuesta a, o como resultado de circunstancias documentadas en el formulario de Informe de Incidente Inusual (UIR) del DHS, y por este medio libero y eximo de responsabilidad al Distrito de Columbia, sus representantes, empleados y personal, incluidos el FEMS y el DHS de todas las reclamaciones, obligaciones y responsabilidades de cualquier índole, que se deriven de mi negativa a aceptar servicios médicos adicionales que resulten de circunstancias documentadas en el formulario UIR del DHS. Asimismo, acepto por este medio indemnizar y eximir de responsabilidad al Distrito de Columbia, sus representantes, empleados y personal, incluidos el FEMS y el DHS, de toda reclamación, lesión, pérdida y responsabilidad resultante de mi negativa a aceptar tratamiento médico adicional del FEMS, resultante de las circunstancias documentadas en el formulario UIR del DHS.*

|  |
| --- |
| Nombre del cliente de DHS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Firma del cliente de DHS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre testigo 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma testigo 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre testigo 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma testigo 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma del proveedor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Fecha y hora del incidente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Lugar del incidente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre del socorrista de FEMS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |