

**Texas Tech University Health Sciences Center
El Paso
Ambulatory Clinic**

**Patient Name
Medical Record #
DOB
(or label)**

**Rehuso Someterme al Tratamiento y/o
a Seguir las Instrucciones del Médico**

Fecha: _____ Hora: _____

Yo, _____, (el/la) _____
(Nombre de la persona dando el consentimiento) (Relación, si es firmado por el/la representante del paciente)

de, _____, afirmo que se me ha informado
(Nombre del paciente)

por, _____ de Texas Tech University Health Sciences Center
de que yo (él/ella) necesito/necesita tratamiento médico.

(Declare la naturaleza del tratamiento requerido en términos sencillos)

Se me ha explicado la naturaleza y los efectos de este tratamiento. Voluntariamente rehusó someterme al tratamiento recomendado por Texas Tech University Health Sciences Center y se me han explicado los riesgos y sus consecuencias para mi salud y la salud de él/ella.

Asumo los riesgos y las consecuencias y exonero al/los proveedor(es) y a Texas Tech University Health Sciences Center y a su personal de cualquier responsabilidad o efectos de enfermedad que resulten por mis acciones.

(Firma del paciente o persona autorizada para dar el consentimiento por el paciente)

Testigo

Rehuso Someterme al Tratamiento y/o a Seguir las Instrucciones del Médico