

INFORMED REFUSAL OF CARE



Patient Name:	_____
Patient ID:	_____
Parent/Guardian Name:	_____

Refusal of Treatment

Recommended treatment: \_\_\_\_\_

I do not wish (for my child) to have this treatment. The reasons that this treatment has been recommended have been explained. I understand what may happen if this treatment is refused or delayed. I also understand I can still request the treatment at a later date.

Refusal of Diagnostic Procedure

Recommended procedure: \_\_\_\_\_

I do not wish (for my child) to have this test at this time. The reasons that this test has been recommended have been explained. I understand the risks of not having or delaying this test. I also understand that I can still request this test at a later date.

Refusal of Referral

Provider or facility name: \_\_\_\_\_

Reason for referral: \_\_\_\_\_

I understand that my (child's) provider at Wellness Pointe has recommended that I (my child) see the above named provider or facility. The reason for this referral has been explained to me. I understand what may happen if I delay or do not follow this recommendation. I understand that I can still request a referral at a later date.

I have had the opportunity to discuss this with my (child's) provider, who has answered all of my questions regarding the recommended treatment(s)/procedure(s)/referral(s). I understand the following:

- The **purpose** of and the need for the recommended treatment(s)/procedure(s)/referral(s)
- The **risks and benefits** of the recommended treatment(s)/procedure(s)/referral(s)
- The possible **consequences** of not receiving the recommended treatment(s)/procedure(s)/referral(s)
- My (child's) provider strongly recommends that I follow his or her recommendations

Nevertheless, I have decided at this time to decline or defer the treatment(s)/procedure(s)/referral(s) recommended for my (child's) care, as indicated above, by checking the appropriate box.

I know that failure to follow the recommendations about treatment(s)/procedure(s)/referral(s) may endanger my (child's) health or life.

I know that I may readdress this issue with my (child's) provider at any time and that I may change my mind and accept treatment(s)/procedure(s)/referral(s) at any time in the future.

I acknowledge that I have read this document in its entirety and fully understand it.

Patient/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

I have had the opportunity to rediscuss my decision to refuse treatment(s)/procedure(s)/referral(s) and still decline the recommended treatment(s)/procedure(s)/referral(s).

Patient's initials:\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Patient's initials:\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Patient's initials:\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Patient's initials:\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

INFORMED REFUSAL OF CARE



Patient Name:	_____
Patient ID:	_____
Parent/Guardian Name:	_____

Rechazo a Tratamiento

Tratamiento recomendado: \_\_\_\_\_

No deseo para mi o para mi hijo/a, recibir este tratamiento. Las razones por las cuales este tratamiento ha sido recomendado me fueron explicadas. Entiendo lo que puede suceder si rechazo o pospongo este tratamiento. También entiendo que puedo solicitar este tratamiento en un futuro.

Rechazo a Procedimiento

Procedimiento recomendado: \_\_\_\_\_

No deseo para mi o para mi hijo/a, recibir este examen por el momento. Las razones por las cuales este examen ha sido recomendado me fueron explicadas. Entiendo los riesgos de no realizarse o posponer el examen. También entiendo que puedo solicitar este examen en un futuro.

Rechazo a Referimiento

Nombre del Proveedor o Institución: \_\_\_\_\_

Motivo del referimiento: \_\_\_\_\_

Entiendo que mi proveedor o el proveedor de mi hijo/a en Wellness Pointe ha recomendado que yo o mi hijo/a consulte al proveedor o institución mencionada arriba. El motivo de este referimiento me ha sido explicado. Entiendo lo que puede suceder si pospongo o no sigo la recomendación. Entiendo que puedo solicitar ser referido en un futuro.

He tenido la oportunidad de discutir esto con mi proveedor o el proveedor de mi hijo/a, quien ha contestado todas mis preguntas relacionadas con el tratamiento(s)/referimiento(s) recomendado(s). Entiendo lo siguiente:

- El **propósito** y la necesidad del tratamiento(s)/procedimiento(s)/referimiento(s) recomendado(s).
- Los **riesgos y beneficios** del tratamiento(s)/procedimiento(s)/referimiento(s) recomendado(s).
- Las posibles **consecuencias** de no recibir el tratamiento(s)/procedimiento(s)/referimiento(s) recomendado(s)
- Mi proveedor o el proveedor de mi hijo/a sugiere enérgicamente que siga sus recomendaciones.

No obstante, he decidido rechazar o posponer en este momento el tratamiento(s)/procedimiento(s)/referimiento(s) recomendado(s) para mi cuidado o el de mi hijo/a, como lo he indicado arriba al llenar la casilla apropiada. Se que el fallo de seguir las recomendaciones acerca del tratamiento(s)/procedimiento(s)/referimiento(s) recomendado(s) puede poner en peligro mi salud/vida o la de mi hijo/a. Se que puedo volver a hablar sobre este asunto con mi proveedor o el de mi hijo/a en cualquier momento y que puedo cambiar mi decisión y aceptar el tratamiento(s)/procedimiento(s)/referimiento(s) en el futuro.

Reconozco que he leído y entiendo completamente este documento.

Firma del Paciente/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

He tenido la oportunidad de volver a hablar sobre mi decisión de rechazar el tratamiento(s)/procedimiento (s)/referimiento(s) y todavía rehúso el tratamiento(s)/procedimiento(s)/referimiento(s) recomendado(s).

Iniciales del paciente:\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_ Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Iniciales del paciente:\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_ Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_