



**PARTE 1: Rechazo Informado A Buscar Atención Médica**

Texas A&M Healthy Texas, Diabetes Education Program esta recomendando que busque atención médica basada en mi estado de salud. (Las iniciales del educador de salud mas apropiada.)

- \_\_\_\_\_ Busque evaluación médica y tratamiento con su proveedor de salud tan pronto como sea posible.
- \_\_\_\_\_ Busque evaluación y tratamiento medico en una Sala de Emergencias o en un Centro de Atención Urgente
- \_\_\_\_\_ Iniciar Servicios de Emergencias Medica (SEM) para la evaluación de la condición médica y posible transferencia a una Sala de Emergencias según se considere necesario.

**PARTE 2: La Certificación Del Rechazo Informado Del Participante**

Entiendo que si rechazo los servicios ofrecidos descritos anteriormente, mi rechazo puede resultar en un empeoramiento de mi condición y podría representar una amenaza para mi vida, salud y / o seguridad. Libero a Texas A&M Healthy Texas, Diabetes Education Program incluyendo su Corporación Matriz, funcionarios, directores, médicos, empleados, personal y cualquier otra persona que me cuida de toda responsabilidad de este rechazo. Por la presente libero todas las reclamaciones que surjan de mi condición y el rechazo a someterse a los servicios anteriores. Acepto toda la responsabilidad por mi rechazo al tratamiento y a los servicios.

Entiendo y me han informado que los empleados de Servicios Médicos de Emergencias (SEM) que me tratan en Texas AM Healthy Texas, Diabetes Education Program son independientes. No son empleados Texas A&M Healthy, Diabetes Education Program y no son legalmente responsables de la atención médica que prestan. Entiendo que las cuestiones relativas a estos servicios independientes deben dirigirse directamente a ellos.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ a.m. / p.m. \_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Domicilio del Testigo (incluye Ciudad, Estado, Codigo Postal)

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso, Relación si el Padre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Numero de Telefono del Testigo

\_\_\_\_\_