



702 West Chestnut St.  
Bloomington, IL 61701

50 Northgate Industrial Dr.  
Granite City, IL 62040

### Formulario de rechazo informado al tratamiento

Mi proveedor, \_\_\_\_\_, recomendó el siguiente examen/procedimiento/tratamiento

---

---

Él/ella me explicó que los beneficios potenciales del examen/procedimiento/tratamiento incluyen:

---

---

Y los riesgos son:

---

---

Pese a las recomendaciones de mi proveedor, me niego a dar mi consentimiento para este tratamiento médico. Mi proveedor me explicó el riesgo que implica mi decisión. Que incluye, entre otros:

---

---

---

---

Al firmar este documento, reconozco que mi proveedor evaluó y me explicó mi afección médica, y me recomendó el tratamiento, como se indicó anteriormente, y que el proveedor me explicó los beneficios potenciales de dicho tratamiento y los riesgos asociados con él, además de los riesgos probables de no seguir el tratamiento recomendado, lo cual comprendo perfectamente.

No obstante, me niego a dar mi consentimiento para este tratamiento médico.

- El paciente/representante autorizado leyó este formulario, o se lo leyeron.
- El paciente/representante autorizado declara que comprende esta información.
- El paciente/representante autorizado no tiene dudas que despejar.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta del paciente, padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor

\_\_\_\_\_  
Fecha