



FORMULARIO DE RECHAZO DEL CLIENTE



Conexión de Salud de la Mujer en Asociación con Access to Healthcare Network (AHN)

Fecha (MES/DÍA/AÑO):	
Nombre del Paciente:	
Fecha De Nacimiento (MES/DÍA/AÑO):	
Número de Seguro Social:	
Yo, _____ he sido informada por mi médico que debería tener el procedimiento / tratamiento que se describe a continuación.	
Nombre del procedimiento / tratamiento:	
Me niego a este procedimiento / tratamiento porque:	
*Me han explicado la necesidad de este procedimiento/tratamiento.	
*Sé que el no tener este procedimiento / tratamiento en este momento está en contra de lo que aconseja mi médico y puede ser perjudicial para mi salud. Mi anomalía puede conducir a cáncer si no tengo este procedimiento / tratamiento.	
*Sé para lo que es este procedimiento / tratamiento. Yo sé por qué lo necesito. Yo sé cómo se hace.	
*Sé que al firma este formulario no me impide tener este procedimiento / tratamiento después.	
*Yo sé cómo conseguir dinero para ayudarme a pagar el procedimiento / tratamiento.	
*Sé que sigo siendo parte del programa Conexión de Salud de la Mujer.	
*He leído toda la información anterior y sé lo que significa. Estoy eligiendo rechazar el procedimiento/tratamiento mencionado anteriormente en este momento.	
Firma del paciente:	Fecha (MES/DÍA/AÑO):
Presentado por:	Fecha (MES/DÍA/AÑO):
ID Estatal #:	

This publication was supported by the Nevada State Division of Public and Behavioral Health (DPBH) through grant 5 NU58DP007102-04-00 from the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Its contents are solely the responsibility of the authors and do not necessary represent the official views of the DPBH or CDC.