

# WOMEN'S HEALTH CONNECTION (WHC) FORMULARIO DE RECHAZO DE PACIENTE

NEVADA DIVISION of PUBLIC  
and BEHAVIORAL HEALTH



| INFORMACIÓN DEL PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Fecha de Hoy (mes/día/año): |
| Fecha de Nacimiento (mes/día/año):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Numero de Seguro Social:    |
| INFORMACIÓN SOBRE PROCEDIMIENTO / TRATAMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                             |
| 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
| RECONOCIMIENTO DE RIESGOS / COMPRENSIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Me han explicado la necesidad de este procedimiento / tratamiento.</li><li>• 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.</li><li>• Sé para lo que es este procedimiento / tratamiento. Yo sé por qué lo necesito. Yo sé cómo se hace.</li><li>• Sé que al firma este formulario no me impide tener este procedimiento / tratamiento después.</li><li>• Yo sé cómo conseguir dinero para ayudarme a pagar el procedimiento / tratamiento.</li><li>• Sé que sigo siendo parte del programa Women's Health Connection.</li><li>• He leído toda la información anterior y sé lo que significa. Estoy eligiendo rechazar el procedimiento/tratamiento mencionado anteriormente en este momento.</li></ul> |                             |
| Firma del paciente:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Fecha (mes/día/año):        |
| USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
| Presentado por:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Fecha (mes/día/año):        |
| ID Estatal#:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |

Esta publicación cuenta con el apoyo de la División de Salud Pública y Conductual del Estado de Nevada (DPBH) a través de la subvención número NU58DP007102-05-00 de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Su contenido es responsabilidad exclusiva de los autores y no representa necesariamente las opiniones oficiales del DPBH o del CDC.