



Rechazo informado de tratamiento

Yo, _____, he participado en el
(nombre completo del cliente)

Programa Get Screened. El programa Iowa Get Screened (“Programa”) me ha informado que
debo obtener los siguientes servicios y procedimientos: _____

(enumere los servicios o procedimientos recomendados)

El Programa me ha ofrecido estos servicios porque necesito un control adicional con respecto a
mi(s) _____ realizado(s)
(enumere el nombre de los servicios o procedimientos)

el _____ con el siguiente resultado: _____
(indique la fecha) (describa el resultado)

Comprendo que estos procedimientos son necesarios para descartar la existencia de cáncer colorrectal.

Comprendo que al rechazar los servicios que me ha ofrecido el Programa, corro el riesgo de no acceder a los estudios y diagnósticos apropiados para el cáncer. Rechazo de manera consciente y voluntaria todos los servicios de diagnóstico adicionales que me brinda el Programa.

Reconozco que me he sido informado y que comprendo los riesgos de mi rechazo, que incluye entre otros, la posibilidad de que pueda tener cáncer colorrectal y que dicho cáncer no esté diagnosticado o tratado correctamente debido a mi rechazo a obtener estos servicios. Me hago totalmente responsable de mis acciones y por el presente, libero y eximo, de manera irrevocable, incondicional y permanente, a toda persona o entidad, que incluye entre otros a cualquier prestador de servicios de salud, centro de cuidado de la salud, al Departamento de Salud Pública de Iowa y al Programa Iowa Get Screened y sus empleados, voluntarios y agentes que estuvieron involucrados directa o indirectamente en el cuidado de mi salud en el Programa de toda responsabilidad, demanda o causa de acción que surja como resultado de mi rechazo a obtener los servicios y procedimientos recomendados mencionados anteriormente.

Firma del participante/participante (tercero) responsable

Fecha

Parentesco con el participante, en caso de tercero

Testigo