Sección uno:
Cuando se encuentre con un paciente que intente rechazar el tratamiento o el traslado de los EMS, evalúe su estado y registre si el examen del paciente revela alguna falta de capacidad para tomar decisiones médicas:

1. ¿Está alerta?		❑ Sí	❑ No
2. Está orientado en:	a. ¿Persona?	❑ Sí	❑ No
	b. ¿Lugar?	❑ Sí	❑ No
	c. ¿Tiempo?	❑ Sí	❑ No
	d. ¿Situación?	❑ Sí	❑ No
3. ¿El paciente tiene capacidad para ejercer su juicio?		❑ Sí	❑ No

a. Para evaluar el juicio:
   i. Informe al paciente sobre su(s) inquietud(s) clínica(s).
   ii. Pida al paciente que explique su comprensión de la afección médica.
   iii. Evalúe si el paciente comprende la naturaleza de su problema y la posibilidad de que su afección empeore o de que se presenten complicaciones.

Si se marcó ALGUNA casilla sombreada (arriba), trasladar

4. Signos vitales en adultos - paciente de 18 años o más	❑ Sí	❑ No	❑ No corresponde
a. ¿La frecuencia cardíaca está entre 60 - 120 (inclusive)?	❑ Sí	❑ No	❑ No corresponde
b. ¿La presión sistólica es superior a 90?	❑ Sí	❑ No	❑ No corresponde
c. ¿Las respiraciones están entre 10 - 30 (inclusive)?	❑ Sí	❑ No	❑ No corresponde
5. Signos vitales pediátricos - paciente menor de 18 años	❑ Sí	❑ No	❑ No corresponde
a. ¿La frecuencia cardíaca es adecuada para la edad?	❑ Sí	❑ No	❑ No corresponde
b. ¿La presión sistólica es apropiada para la edad?	❑ Sí	❑ No	❑ No corresponde
c. ¿La frecuencia respiratoria es apropiada para la edad?	❑ Sí	❑ No	❑ No corresponde
6. ¿Existe alguna queja principal de alto riesgo (p. ej., dolor torácico, disnea)?	❑ Sí	❑ No	
7. ¿Lesión en la cabeza con antecedentes de pérdida de la consciencia?	❑ Sí	❑ No	
8. ¿Mecanismo de lesión significativo o alta sospecha de lesión?	❑ Sí	❑ No	
9. Para pacientes pediátricos: ¿Presenta algún evento de aparente amenaza a la vida (ALTE, en inglés), tiene antecedentes médicos importantes o se sospecha que sufrió una lesión intencional?	❑ Sí	❑ No	

Si se marcó ALGUNA casilla sombreada (arriba), consultar

Sección dos:
Para los médicos: Después de su evaluación, documente la información y la atención a continuación:

1. ¿Realizó una evaluación (incluido un examen) a este paciente?	❑ Sí	❑ No
Si la respuesta a la nro. 1 es afirmativa, salte a la nro. 3		
2. Si no pudo hacer un examen, ¿intentó evaluar los signos vitales?	❑ Sí	❑ No
3. ¿Intentó convencer al paciente o al tutor de que aceptara el traslado?	❑ Sí	❑ No
4. ¿Se puso en contacto con la dirección médica si el paciente aún se negaba al servicio?	❑ Sí	❑ No

Rechazo de los EMS por parte del paciente

Yo,_____ , certifico que se me ofreció lo siguiente por parte de _____ (programa operativo de EMS) pero rechazo (marque todas las opciones que correspondan):

□ Evaluación ☐ Tratamiento ☐ Transporte

Nombre del paciente: _____ Teléfono: _____

Dirección del paciente: _____

Firma: _____ Testigo: _____

☐ Paciente ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Persona autorizada a decidir (ADM en inglés)

Si experimenta síntomas nuevos o la reaparición de los mismos después de este encuentro le recomendamos que acuda al médico de inmediato.

Sección tres: (MARQUE TODAS LAS SECCIONES QUE CORRESPONDAN)

Situación inicial:

☐ El paciente rechazó el examen ☐ El paciente rechazó el tratamiento ☐ El paciente rechazó el transporte
☐ El paciente aceptó el examen ☐ El paciente aceptó el tratamiento ☐ El paciente aceptó el transporte
☐ La ADM rechazó el examen ☐ La ADM rechazó el tratamiento ☐ La ADM rechazó el transporte
☐ El paciente rechazó el transporte al centro más cercano y adecuado (por protocolo)

Intervenciones:

☐ Se intentó convencer al paciente ☐ Se intentó convencer al familiar/ADM
☐ Se contactó a los directores médicos (Centro: _____)
☐ Se contactó a la policía ☐ Ninguna de las anteriores fue posible

Situación final:

☐ El paciente rechazó el examen ☐ El paciente rechazó el tratamiento ☐ El paciente rechazó el transporte
☐ El paciente aceptó el examen ☐ El paciente aceptó el tratamiento ☐ El paciente aceptó el transporte
☐ La ADM rechazó el examen ☐ La ADM rechazó el tratamiento ☐ La ADM rechazó el transporte
☐ El paciente rechazó el transporte al centro más cercano y adecuado (por protocolo)

Sección cuatro: (OBLIGATORIA)

Indique con las palabras que usó el paciente por qué se negó a recibir los servicios o cuidados mencionados anteriormente:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Jurisdicción _____ Incidente: _____ Fecha: _____
N.º de unidad: _____ Nombre/identificación de empleado del médico: _____
Hora: _____