



## Formulario de rechazo informado

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Compassionate Family Medicine (CFM), en un esfuerzo por obtener la información más completa relacionada con mi demografía, medicamentos, historial de salud, historial familiar, etc., me ha proporcionado un Formulario de admisión del paciente para que lo complete. CFM me ha explicado la información valiosa que esta información brinda a mi equipo de atención médica y cómo esta información ayudará a mi equipo con mi atención médica.

Al firmar esta Denegación Informada, reconozco que me he negado a completar el Formulario de admisión de pacientes a pesar de la información valiosa que proporcionará a CFM y a mi equipo de atención médica y acepto el riesgo que esto podría representar para mi equipo de atención médica al no tener fondo disponible para ellos.

Entiendo completamente que este Formulario de rechazo informado se convertirá en parte de mi registro médico.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha