

Sección uno:

Cuando se encuentre con un paciente que intenta rechazar el transporte o tratamiento del EMS, evalúe su estado y registre si las pruebas del paciente indican una falta de capacidad de decisión médica (1, 2, 3a, 3b, and 4) o criterios de alto riesgo (5–8).

- | | |
|---|---|
| 1. Desorientado en cuanto a: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| a. persona? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| b. lugar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| c. tiempo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| d. situación? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Nivel de conciencia alterado? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Consumo de alcohol o drogas según las pruebas o los antecedentes?: | |
| a. ¿dificultad para hablar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| b. ¿marcha inestable? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿El paciente no entiende la naturaleza de la enfermedad y el posible resultado negativo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4A. ¿Su juicio se ve afectado por una enfermedad o lesión grave? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5. Signos vitales anormales | Si la respuesta es sí, transporte |
| En adultos | |
| ¿Pulso mayor a 120 o menor a 60? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Presión arterial sistólica menor a 90? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Respiraciones de más de 30 o menos de 10? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| En menores/pacientes pediátricos | |
| Ritmo cardíaco no acorde a la edad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Ritmo respiratorio no acorde a la edad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Presión arterial no acorde a la edad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 6. Queja grave principal (dolor de pecho, falta de aire, síncope) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 7. ¿Lesión en la cabeza con antecedentes de pérdida de la consciencia? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 8. Mecanismo de lesión significativo o alta sospecha de lesión | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 9. Pacientes menores/pediátricos: Suceso aparentemente letal, antecedente médico significativo o sospecha de lesión intencional | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | Si la respuesta es sí, consulta |
| 10. La impresión del médico es que el paciente necesita una evaluación hospitalaria | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Sección dos:

Médicos: después de hacer la evaluación, registre los datos y los cuidados proporcionados a continuación:

- | | |
|--|---|
| 1. ¿Realizó una evaluación (incluida una prueba) de este paciente? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta a la pregunta 1 fue sí, pase a la 3 | |
| 2. Si no lo pudo examinar, ¿intentó controlar los signos vitales? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Intentó convencer al paciente o a su tutor de aceptar el transporte? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿Se comunicó con los directivos médicos si el paciente aún así rechazaba el servicio? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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: _____