

RECHAZO/INELEGIBILIDAD INFORMADO DEL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C

RECHAZO INFORMADO DEL TRATAMIENTO DE MEDICAMENTO DE LA HEPATITIS C:

Iniciales del paciente

___ Entiendo que se me ha ofrecido el tratamiento para mi infección de la Hepatitis C con medicamentos. En este momento no quiero tomar estos medicamentos.

___ Entiendo que puedo solicitar otra revisión para considerar la terapia con medicamentos en el futuro, pero es posible que mi condición o la ciencia médica haya cambiado y quizá ya no sea elegible para el tratamiento con medicamentos.

___ Todas mis preguntas han sido contestadas sobre los beneficios y riesgos de la terapia con medicamentos.

___ Entiendo que puede haber riesgos a largo plazo a mi salud, si no tomo medicamentos para la Hepatitis C.

INELEGIBILIDAD PARA EL TRATAMIENTO DE MEDICAMENTO DE LA HEPATITIS C:

Iniciales del paciente

___ Entiendo que no puedo recibir medicamento para la Hepatitis C porque:

- Pronto estaré en libertad condicional y no podré cumplir con el tratamiento completo.
- Tengo una condición médica que hace que el tratamiento con estos medicamentos sea demasiado peligroso.
(Especifique: _____)
- Tengo una condición de salud mental que hace que el tratamiento con estos medicamentos sea demasiado peligroso en este momento.
(Especifique: _____)
- Mi hígado está demasiado dañado para que estos medicamentos ayuden.
- Mi enfermedad hepática se encuentra en una etapa temprana que no me califica para el tratamiento

___ Entiendo que aunque no califique para recibir medicamentos para tratar la Hepatitis C, continuaré recibiendo el cuidado apropiado y el tratamiento complementario para la Hepatitis C.

Información revisada con el paciente que rehúsa firmar en este momento. (Testigo: _____) Fecha _____

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del proveedor médico: _____

Firma del proveedor médico: _____ Fecha: _____

- | | | |
|---|---|--|
| 1. <u>Disability Code:</u>
<input type="checkbox"/> TABE score ≤ 4.0
<input type="checkbox"/> DPH <input type="checkbox"/> DPV <input type="checkbox"/> LD
<input type="checkbox"/> DPS <input type="checkbox"/> DNH
<input type="checkbox"/> DNS <input type="checkbox"/> DDP
<input type="checkbox"/> Not Applicable | 2. <u>Accommodation:</u>
<input type="checkbox"/> Additional time
<input type="checkbox"/> Equipment <input type="checkbox"/> SLI
<input type="checkbox"/> Louder <input type="checkbox"/> Slower
<input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Transcribe
<input type="checkbox"/> Other* | 3. <u>Effective Communication:</u>
<input type="checkbox"/> P/I asked questions
<input type="checkbox"/> P/I summed information
Please check one:
<input type="checkbox"/> Not reached* <input type="checkbox"/> Reached
*See chrono/notes |
|---|---|--|

4. Comments: _____

CDCR #:

Last Name:

First Name:

DOB:

MI: