

EMS Patient Non-Treatment and/or Non-Transport Checklist (Spanish Language Version)

EMS Agency: _____ Date: _____ Time: _____
 Patient Name: _____ Age: _____ Phone #: _____
 Incident Location: _____ Incident # _____
 Situation of Injury/Illness: _____

Check marks in shaded areas require consult with Medical Command before patient release

Patient Assessment:

Suspected serious injury or illness based upon patient -
 History, mechanism of injury, or physical examination: Yes No

18 years of age or older: Yes No Any evidence of : Suicide attempt/ideation? Yes No
 Without ability to speak with guardian Head Injury? Yes No
 Patient Oriented to: Person Yes No Intoxication? Yes No
 Place Yes No Chest Pain? Yes No
 Time Yes No Dyspnea? Yes No
 Event Yes No Syncope? Yes No
 If head trauma & taking aspirin/anticoagulant? Yes No
 12-lead done? Yes No

Vital Signs:	Consult Medical Command if:	If altered mental status or diabetic (optional for BLS)
Pulse _____	<50bpm or >100 bpm	Chemstrip/Glucometer: _____ mg/dl <input checked="" type="checkbox"/> < 60 mg/dl
Sys BP _____	<100 mm Hg or > 200 mm Hg	If chest pain, S.O.B. or altered mental status -- SpO2 (if available): _____ % <input checked="" type="checkbox"/> < 95%
Dia BP _____	<50 mm Hg or > 100 mm Hg	
Resp _____	< 12rpm or > 24rpm	

Risks explained to patient: _____
 Patient understands clinical situation Yes No
 Patient verbalizes understanding of risks Yes No
 Patient's plan to seek further medical evaluation: _____

Medical Command:

Physician contacted: _____ Facility: _____ Time: _____
 Command spoke to patient: Yes No Command not contacted Why? _____
 Medical Command orders: _____

Patient Outcome:

- Patient refuses treatment/ transport to a hospital against EMS advice
- Patient accepts transportation to hospital by EMS but refuses any or all treatment offered
 (specify treatments refused: _____)
- Patient does not desire transport to hospital by ambulance, EMS believe alternative treatment/transportation plan is reasonable

Este formulario se me ha entregado debido a que me he rehusado a recibir una evaluación, atención o transportación del personal de EMS (servicios médicos de emergencia) para mí o para el paciente al que represento. Entiendo que los de EMS no son médicos y que no están capacitados ni autorizados para diagnosticar y que su atención no toma el lugar de la de un médico. Reconozco que pudiera haber de por medio una grave herida o enfermedad que pudiera agravarse sino se recibe atención médica aunque yo (o el paciente) me sienta bien en estos momentos. Entiendo que podría yo cambiar de idea y llamar al 911 si el cuidado o asistencia son requeridos más tarde. Además sé que dicha atención está disponible en cualquier salón de emergencia de asistencia pública las 24 horas del día. Reconozco que este consejo me ha sido explicado por el personal de la ambulancia y que he leído y entendido este formulario completamente.

 Firma (Paciente u otro) Fecha EMS, firma
 Signature (Patient or Other) Date EMS Provider Signature

 Si no es el paciente, nombre y parentesco con el paciente (letra de imprenta) Firma del testigo
 If other than patient, print name and relationship to patient Witness Signature