

HEPATITIS C TREATMENT INFORMED REFUSAL/INELIGIBILITY (SPANISH)

CDCR 7414-2 Sp (Rev. 03/14)

Form: Page 1 of 1

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. Disability Code:

- TABE score ≤ 4.0
 DPH DPV LD
 DPS DNH
 DNS DDP
 Not Applicable

2. Accommodation:

- Additional time
 Equipment SLI
 Louder Slower
 Basic Transcribe
 Other*

3. Effective Communication:

- P/I asked questions
 P/I summed information
Please check one:
 Not reached* Reached
 *See chrono/notes

4. Comments: _____

CDCR #:

Last Name:

First Name:

DOB:

MI: