



Departamento de Servicios Infantiles de Tennessee

Exención de responsabilidad médica

Nombre del joven _____

Fec. de Nac. _____ ID personal de TFACTS _____

Colocación _____

Por el presente, se certifica que yo, _____
estoy rechazando el siguiente tratamiento: _____

Rechazo este tratamiento en contra de la recomendación de mi proveedor de atención médica y sus asistentes. Reconozco que he sido informado de los riesgos involucrados, y por el presente libero al estado de Tennessee, al Departamento de Servicios Infantiles y a sus empleados de toda responsabilidad por los efectos perjudiciales que se pueden derivar de mi rechazo. Puedo retirar esta negativa en cualquier momento sin temor a represalias.

Firma del joven

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Consulte la página web de "Forms" para obtener la versión actual e ignore todas las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin la previa autorización.

Distribución: Original al archivo de caso o archivo médico del niño/joven; copia al FSW (excepto para los YDC)

RDA 2982