# Departamento de Servicios Infantiles
# INSTRUCCIONES PARA EL USO DEL FORMULARIO
# CS-0093
# Exención de responsabilidad médica

1. Escriba el nombre del niño/joven, la fecha de nacimiento, el número de identificación personal de TFACTS y la colocación actual.

2. Escriba el nombre del niño/joven después de la frase “Por el presente, se certifica que yo, _____”.

3. En la siguiente área en blanco, escriba el medicamento, el tratamiento o el procedimiento que el niño/joven está rechazando.

4. Pida al joven que firme y feche el formulario.

5. Pida a un testigo que firme y feche el formulario.

6. Si el niño/joven se niega a firmar, escríbalo en la línea “Firma del joven” y pida a un testigo que firme y feche el formulario.

7. *Si el niño/joven rechaza un medicamento recetado por más de 48 horas, se debe notificar al proveedor que emite la receta para recibir más instrucciones. Puede ser peligroso que algunos medicamentos se detengan repentinamente. Si no está seguro, llame de inmediato al proveedor que emitió la receta. (Consulte la Política 20.15, Administración, almacenamiento y eliminación de medicamentos.)*