

Refusal to Consent to Communicable Disease Testing/Refusal to Receive Results of Communicable Disease Testing

I hereby acknowledge that my attending physician, Dr. *(physician name)* _____, has informed me that there has been a significant exposure to my blood or other bodily fluid by health care personnel, emergency personnel or another "exposed individual," as defined in Health and Safety Code Sections 120260-120262.

Refusal to Consent to Communicable Disease Testing

My attending physician has informed me of the nature and advisability of, the risks and benefits of, the alternatives to (and their risks and benefits), and the probable consequences of, undergoing testing and refusing testing for the following communicable disease(s): _____.

I have refused to give my consent to this testing.

I understand that an available blood or other sample will be tested for the following communicable disease(s): _____ despite my refusal to consent. The results of the testing will be given to the exposed individual.

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(patient/legal representative)

If signed by someone other than patient, indicate relationship: _____

Print name: _____
(legal representative)

(over)

Refusal to Receive Results of Communicable Disease Testing

I hereby refuse to receive the results of testing for the following communicable disease(s): _____
_____ that may legally
be performed on my blood or other patient samples in accordance with Health and Safety Code
Sections 120260-120262. I understand that the test results will not be placed in my medical record.

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(patient/legal representative)

If signed by someone other than patient, indicate relationship: _____

Print name: _____
(legal representative)

Negativa de Consentimiento a Someterse a un Análisis Para Determinar la Presencia de una Enfermedad Contagiosa/Negativa a Recibir Resultados de Análisis Para Determinar la Presencia de una Enfermedad Contagiosa

Por la presente reconozco que el médico que me atiende, el Dr. _____, me ha informado que el personal de la atención de la salud, el personal de la sala de emergencia u otro "individuo expuesto" según se define en las Secciones 120260-120262 del Código de Salud y Seguridad, han estado expuestos a mi sangre u otro fluido corporal en forma significativa.

Negativa de Consentimiento a Someterse a un Analisis Para Determinar la Presencia de una Enfermedad Contagiosa

El médico a cargo de mi atención me ha informado acerca de la índole, la conveniencia, los riesgos y beneficios de las alternativas (y sus riesgos y beneficios) y las posibles consecuencias de acceder o negarme a someterme a análisis para determinar la presencia de la siguiente enfermedad o enfermedades contagiosas. _____

Me he negado a dar mi consentimiento para realizar este análisis.

Entiendo que se analizará una muestra de sangre u otro tipo de muestra disponible para determinar la presencia de la siguiente enfermedad o enfermedades contagiosas: _____

_____ a pesar de negarme a dar mi consentimiento.

Los resultados de los análisis se proporcionarán a la persona que haya estado expuesta.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(paciente o representante legal)

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste: _____

Nombre en letra de imprenta: _____
(representante legal)

(sobre)

Negativa a Recibir Resultados de Análisis Para Determinar la Presencia de una Enfermedad Contagiosa

Por medio del presente me niego a recibir los resultados de los análisis para determinar la presencia de la siguiente enfermedad o enfermedades contagiosas: _____ que puedan realizarse legalmente de mi sangre o de muestras de otro paciente de acuerdo con el Artículo 120260-120262 del Código de Salud y Seguridad. Entiendo que los resultados no se colocarán en mi expediente médico.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(*paciente o representante legal*)

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste: _____

Nombre en letra de imprenta: _____
(*representante legal*)