

Patient Request for Transfer or Discharge

This is to certify that I, (*patient name*) _____,
a patient who has received services at (*hospital name*) _____,
_____, am being transferred or discharged at my
or my legal representative's request.

I acknowledge that I have been informed of the hospital's obligations under the Emergency Medical Treatment and Active Labor Act to provide me a medical screening exam to determine whether I have an emergency medical condition, and if I do, to provide me the medical treatment needed to stabilize my condition.

I have been informed of the risks and consequences potentially involved in the transfer discharge, which are _____

and the possible benefits of continuing treatment at this hospital, which are _____

and the alternatives, if any, to the transfer or discharge I am requesting, and the obligation of this hospital to provide further examination and treatment, within its available staff and facilities, as required to stabilize my medical condition.

I request this transfer or discharge because _____

I hereby release the attending physician, any other physicians involved in my care, the hospital, and its agents and employees, from all responsibility for any ill effects which may result from the transfer or delay involved in the transfer.

I understand that the physicians involved in my care are not employees or agents of the hospital. They are independent medical practitioners.

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(*patient/legal representative*)

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

Print name: _____
(*legal representative*)

COPY MUST BE SENT WITH PATIENT.

NOTE: This form should include taglines as required by the Affordable Care Act.
(See www.calhospital.org/taglines, for detailed information.)

Reference: 42 U.S.C. Section 1395dd(c)(1)(A)(i)
Health and Safety Code Section 1317.2(j)

Solicitud de Traslado o Para ser Dado de Alta se Parte del Paciente

La presente es para certificar que yo (*nombre del paciente*) _____, un paciente que ha recibido servicios en este hospital (*nombre de hospital*) _____, está siendo trasladado o dado de alta a petición mía o la de mi representante legal.

Reconozco que he recibido información acerca de las obligaciones del hospital en virtud de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo de proporcionarme un examen médico para determinar si presento un cuadro clínico de emergencia, y de ser así, de proporcionarme el tratamiento médico necesario para estabilizar mi afección. He recibido información acerca de los riesgos y consecuencias que posiblemente involucre el alta de traslado, que son _____

y de los posibles beneficios de continuar mi tratamiento en este hospital, que son _____

y las alternativas, en su caso, al traslado o dada de alta que estoy solicitando, así como la obligación de este hospital de proveer dicho examen y tratamiento adicional dentro de las posibilidades de su personal e instalaciones, según se requieran para estabilizar la condición médica del paciente.

Solicito este traslado o dada de alta por los siguientes motivos _____

Por la presente exonero al médico del caso a cualquier otro médico relacionado con mi atención médica, al hospital y a sus representantes y empleados de toda responsabilidad por cualquier efecto adverso que pueda resultar del traslado.

Entiendo que el médico que me atiende y otros médicos que me brindan servicios no son empleados ni agentes del hospital. Son médicos facultativos independientes.

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*)

COPY MUST BE SENT WITH PATIENT.

NOTE: This form should include taglines as required by the Affordable Care Act.
(See www.calhospital.org/taglines, for detailed information.)

Reference: 42 U.S.C. Section 1395dd(c)(1)(A)(i)
Health and Safety Code Section 1317.2(j)