



Member Refusal Form

Please file a copy of this form in the member's medical record and provide to us upon request. This form should be filled out upon refusal of recommended screenings/services.

Please note: The patient has the right to void this refusal if they decide to receive the recommended screening/service that was originally refused.

Member name: _____ Member ID: _____

Member date of birth: _____

Date service/screening offered: _____

Services/screenings refused: _____

Reason for refusal: _____

Education provided about the refused services/screenings: _____

Physician name: _____

Physician signature: _____

Date: _____

Member name: _____

Member signature: _____

Date: _____



Formulario de rechazo del miembro para recibir servicios de prevención

Por favor archive una copia de éste formulario en el expediente médico de su paciente, le pediremos que la proporcione cuando sea necesario. Este formulario debe ser llenado a la vez que su paciente rechaza recibir los servicios de prevención recomendados por usted.

Por favor tenga en cuenta: El paciente tiene el derecho de anular éste formulario si acepta recibir los servicios de prevención que había rechazado inicialmente.

Nombre del paciente: _____

Número de identificación del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Fecha de ofrecimiento del servicio de prevención: _____

Servicio de prevención al que el paciente rechazo en recibir: _____

Razon por la cuál el paciente rechazo en recibir el servicio de prevención ofrecido:

Educación ofrecida acerca del servicio de prevención rechazado por el paciente:

Nombre del médico: _____

Firma del médico: _____

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____