



## 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: \_\_\_\_\_