

U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE

FEDERAL BUREAU OF PRISONS

Date

(Fecha)

I, _____, refuse treatment recommended
Name and Registration Number (Numbre y Número de Registro) (rechaza el tratamiento recomendado
by the Federal Bureau of Prisons Medical staff for the following condition(s):
por el Personal Médico del Bureau Federal de Prisiones, por las siguientes razones):

DESCRIBE IN LAYMAN'S TERMINOLOGY: (DESCRIBA EN TERMINOLOGIA COMUN Y CORRIENTE):

The following treatment(s) was/were recommended: (El siguiente tratamiento(s) fue/fueron recomendado(s)):

Federal Bureau of Prisons Medical staff members have carefully explained to me that the following possible consequences and/or complications may result because of my refusal to accept treatment:

(Los miembros del personal Médico del Bureau Federal de Prisiones me ha explicado cuidadosamente las posibles consecuencias o complicaciones siguientes que pueden resultar por causa de mi rechazo a aceptar tratamiento):

I understand the possible consequences and/or complications, listed above, and still refuse recommended treatment. I hereby assume all responsibility for my physical and/or mental condition, and release the Bureau of Prisons and its employees from any and all liability for respecting and following my expressed wishes and directions.

(Me doy por enterado de las posibles consecuencias o complicaciones enlistadas arriba, y aun así me rehusó al tratamiento recomendado. Por medio de la presente, asumo toda responsabilidad por mi condición física o mental, y relevo al Bureau de Prisiones y a sus empleados de cualquiera y toda responsabilidad por cause de respetar y seguir mis expresos deseos y direcciones.)

Patient's Signature and Date (Firma del Paciente y Fecha)

Signature of Witness and Date (Firma del Testigo y Fecha)

Signature of Witness and Date (Firma del Testigo y Fecha)

Record Copy - Inmate's Medical Record; Copy - Hospital File; Copy - To Inmate