

**Sparks Fire Department**  
**Forma de consentimiento y liberación de responsabilidades del Paciente Omega**

Incident #:	Date:	Time:	Location:	Unit:
-------------	-------	-------	-----------	-------

**Para el paciente**

Decido no recibir una evaluación por parte de un paramédico de EMD del Departamento de Bomberos de Sparks (Sparks Fire Department). Elijo la vía de atención alternativa desarrollada por un Enfermero en Línea de Emergencia de REMSA a través de la Línea de Enfermeros de Salud.

Decido consiente y voluntariamente optar por utilizar una vía de atención alternativa en lugar de recibir atención de una ambulancia REMSA. Soy mayor de dieciocho años y competente para tomar esta decisión. Por este medio libero e indemnizo al Departamento de Bomberos de Sparks (Sparks Fire Department), sus agentes y empleados de cualquier responsabilidad derivada por mi decisión.

Se me ha informado que debo llamar al 911 si mi condición médica continua o empeora. Reconozco que he leído este formulario en su totalidad, entiendo sus disposiciones, y por lo tanto asumo todos los riesgos y consecuencias de mi decisión.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

Su Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

---

**To be Completed by the Sparks Fire Department EMS Provider**

I have been instructed to discontinue patient contact by a REMSA Emergency Communications Nurse (ECN), who has evaluated the patient and determined an alternative care pathway is medically appropriate according to the standards established by the International Academy of Emergency Dispatch (IAED).

ECN's Name: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_  
(If necessary, the ECN can be reached at (775) 858-1000)

The patient appears to be free of intoxicants and has the capacity to refuse on-scene EMS care.

A copy of this form will be included in the run report for this incident.

Signature: \_\_\_\_\_ Print: \_\_\_\_\_