Springdale Fire Department

Departamento de Bomberos en Springdale

Hospital Diversion Acknowledgement Form

Formulario de reconocimiento a la desviacion de hospitalizacion

Date:_____ Time: _____ EMS Call #: _____
Fecha *Hora:* *# de Llamada a EMS*

Patient's Name: _____

Nombre de paciente

This patient has been advised that _____hospital is on divert status and currently lacks the staff, facilities or equipment to examine the patient promptly, the hospital's current resources are at maximum capacity, and there will be an extended wait time which could be detrimental to the patients health care. It has been recommended to the patient to be transported to the nearest hospital not on divert status, which is _____. The patient requests to be transported to _____ hospital.
(Patient's Initials _____)

Este paciente ha sido notificado de _____ hospital se encuentra en estado de desvacion y puede ser que no tenga los suficientes empleados, facultades o equipo para examinar el paciente rapidamente, y los recursos actuales del hospital se encuentran a la capacidad maxima y el tiempo de espera sera mayor. Se le recomienda al paciente ser transportado al hospital mas cercano que no se ecuentre en estado de desviacion, que es _____. El paciente requiere ser transportado a _____ hospital.
(Iniciales del paciente_____)

Patient also acknowledges receiving a copy of the SFD "Notice of Privacy Practices".
El paciente tambien reconoce el recibir una copia de el SFD "notificacion de practica de privacidad."

_____ _____
Patient or Nearest Relative Signature **Relationship to Patient**
Firma de paciente o familiar mas cercano *Relacion al paciente*

_____ _____
Paramedic **Witness**
Paramedico *Testigo*