



Alta contra consejo médico (AMA)

Entiendo y elijoirme de alta contra consejo médico. Entiendo que esto puede conllevar graves consecuencias para mi bienestar físico y emocional, e incluso hasta la muerte. Reconozco que el personal de Stepworks ha hecho esfuerzos para continuar con mi atención y he tomado la decisión deirme a pesar de esos esfuerzos. Si he realizado pagos a Stepworks Recovery Centers, entiendo que estos pagos se perderán y que esta pérdida es una consecuencia financiera de mi propia decisión. Entiendo que no puedo solicitar la readmisión al programa Stepworks durante los siguientes 30 días y que no se me permitirá regresar a la propiedad una vez que me vaya.

Hay algunas cosas importantes deben comprenderse acerca de volver a consumir sustancias, incluido el alcohol, incluso después de un breve período de sobriedad. Es MUY IMPORTANTE que comprendas que, si decides volver a consumir sustancias, tu tolerancia a las sustancias es menor que incluso hace unos días. Esto significa que: No puedes utilizar las mismas cantidades de sustancias sin riesgo real de sobredosis y muerte.

Una desintoxicación reciente o días prolongados sin consumir pueden restablecer tu tolerancia a la droga de tu elección. Esto significa que si te inyectas/bebés/esnifas la misma cantidad que consumías antes de ingresar a rehabilitación, podrías tener una **SOBREDOSIS y MORIR**.

Narcan puede revertir los efectos de una sobredosis de narcóticos y está disponible en farmacias sin necesidad de receta médica. Si abusas de narcóticos/opioides **DEBES TENER NARCAN** a mano en caso de una sobredosis no deseada. Sin embargo, recuerda que Narcan no puede ayudarte si consumes solo. Tiene que ser administrado por otra persona ya que una sobredosis te dejaría incapacitado.

He leído y comprendido la información anterior de cómo mi tolerancia es menor que antes y cómo volver al consumo de sustancias, especialmente en niveles de consumo anteriores, podrían provocarme una sobredosis.

Nombre del paciente (en imprenta): _____

Firma del paciente: _____ Fecha/Hora: ___/___/___ ____:____ A.M. o P.M.

Nombre del personal (en letra de imprenta): _____

Firma del personal: _____ Fecha/Hora: ___/___/___ ____:____ A.M. o P.M.

El paciente fue notificado pero se negó a firmar