

# REQUEST TO WITHDRAW FROM TREATMENT

Name of Patient \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_, hereby give notice of intent to  
*(Name of Patient/Parent/or Guardian of Minor)*

withdraw myself/my child within the next \_\_\_\_\_ hours from treatment. I understand that a member of the  
*(Up to 72)*

treatment staff may discuss this matter with me and make a decision during this time period.

\_\_\_\_\_  
*(Date)*

\_\_\_\_\_  
*(Signature of Patient/Parent/or Guardian of Minor)*

\_\_\_\_\_  
*(Signature of a Parent or Guardian of a Patient under 14 Years of Age)*

\_\_\_\_\_  
*(Relationship to Minor, if Parent or Guardian)*

\_\_\_\_\_  
*(Date Received)*

\_\_\_\_\_  
*(Facility Staff Member Receiving Request)*

# PETICIÓN PARA RETIRARSE DEL TRATAMIENTO

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, por medio de la presente informo  
*(Nombre del paciente/padre/o tutor del menor)*

de mi intención de retirarme/retirar a mi hijo en las próximas \_\_\_\_\_ horas del tratamiento. Entiendo que  
*(hasta 72)*  
un integrante del personal de tratamiento posiblemente hable conmigo del asunto y tome una decisión en ese momento.

\_\_\_\_\_  
*(Fecha)*

\_\_\_\_\_  
*(Firma del paciente/padre/o tutor del menor)*

\_\_\_\_\_  
*(Firma de uno de los padres o tutor del paciente si es menor de 14 años de edad)*

\_\_\_\_\_  
*(Relación con el menor, si es padre, madre, tutor)*

\_\_\_\_\_  
*(Fecha de recepción)*

\_\_\_\_\_  
*(Miembro del personal que recibe la petición)*