

**FUERZA LABORAL SALUDABLE PROGRAMA PILOTO EN EL CONDADO
HAMILTON REGISTRO Y CONSENTIMIENTO PARA VISITAS EL MISMO DIA**



Las visitas de Workforce se limitan a las siguientes condiciones solamente:

- Tos/resfriados/gripe
- Infecciones de oído y ojos
- Dolor de garganta/Faringitis
- COVID-19
- Sinusitis e infecciones respiratorias
- Infecciones Urinarias
- Sapullido/Mordeduras

Los pacientes son atendidos por orden de llegada Lunes-Jueves & Sabado y debe llegar entre 9:00-9:30am;
Temporada de resfriados y gripe puede experimentar largos tiempos de espera. El programa Piloto termina en Marzo 2 2023

**Para recibir servicios, Debe tener IDENTIFICACION CON FOTO mostrando su fecha de nacimiento
Y un talon de cheque reciente de un empleador localizado en Hamilton County con los ingresos dentro de la directriz abajo:**

Limite Ingresos:	Semanal	Quincenal	Mensual	Anual
	\$727 por semana o menos	\$1,454 cada dos semanas o menos	\$3,150 por mes o menos	\$37,800 anual

Empleador _____ Locacion/Ciudad _____ Ocupacion _____

Apellido del Paciente _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Genero: Femenino Masculino Fecha de Nacimiento ____/____/____ Telefono (____) _____
[x] Doy a Trinity Free Clinic permiso de llamar, mandar mensaje y correo de voz.

Direccion _____
Nombre de Calle Apt # Ciudad Codigo Postal

Lenguaje: Ingles Espanol Arabe Otro _____ Necesita Interprete? Si No Pais de Nacimiento _____

Raza/Etnicidad: Blanco Hispano/Latino Asiatico AfroAmericano Hawaiano/Pacifico Indio Americano/Alaska Otra _____

Consentimiento del Paciente

Para y en consideración del tratamiento médico o consulta que se me ofrece sin cargo en Trinity Free Clinic, Inc. ("Trinity"), acepto lo siguiente::

- Consentimiento.** Autorizo a Trinity, sus agentes y voluntarios para que me traten durante esta y subsecuentes visitas a la clínica y me dispensen medicamentos, atención médica y otros servicios y suministros que según el proveedor de salud son necesarios para el cuidado de mi salud y bienestar. Entiendo que esto puede incluir pero no limitarse a anestesia, patología, radiología, servicios y otros servicios y exámenes especiales, inclusive aquellos para detectar enfermedades contagiosas que sean ordenados por el proveedor encargado de mi tratamiento.
- Libero, relevo y descargo de responsabilidad a Trinity, sus funcionarios, directores, agentes, empleados no clínicos y voluntarios no clínicos, de toda responsabilidad por toda pérdida, lesión, o daños, a mi persona o a mi propiedad, ocasionados u originados de manera alguna, o que resulten directa o indirectamente de cualquier servicio recibido, sobre el cual Trinity tiene alguna responsabilidad o sea dispensado a través de ella
- Autorizo a Trinity para que busque y utilice otros profesionales de la salud para consulta/referencia acerca de mi afección médica y con el propósito de adelantar el cuidado de mi salud. Reconozco que Trinity no puede garantzarme que la atención del médico o especialista al que me haya referido, sea libre de costo y que Trinity no se responsabiliza por el pago de esos servicios.
- Yo autorizo a Trinity para que me tome una muestra de sangre a fin de determinar si hay enfermedades infecciosas de transmisión sanguínea incluyendo, aunque sin limitarse a hepatitis, Síndrome de Deficiencia de Inmunidad Adquirida (SIDA), y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), cuando dichos exámenes son ordenados por un médico o por el protocolo. Entiendo que los resultados de estos exámenes formaran parte de mi historial médico confidencial
- Por la presente acuso recibo de la siguiente notificación.** Por este medio, notificamos que conforme a la ley Federal que rige la operación de clínicas gratuitas, la Ley Federal sobre Reclamos de Responsabilidad Extracontractual, (FTCA por sus siglas en ingles), (Ver 28 U.S.C. §§ 1346(b), 240(b), 2671-80) estipula el remedio exclusivo por danos provenientes de lesiones personales, incluyendo muerte, que resulten del desempeño de funciones médicas, quirúrgicas, dentales, u otras relacionadas, por parte de cualquier profesional de la salud que preste servicios voluntarios y gratuitos en la clínica, miembros de la junta directiva, funcionarios, empleados, o contratistas independientes que el Departamento de Salud y Servicios Humanos considere empleado del Servicio de Salud Pública. La cobertura por negligencia médica amparada por la FTCA (por sus siglas en inglés) aplica a quienes se han considerado profesionales de la salud que sirven como voluntarios gratuitos, miembros de la junta directiva, funcionarios, empleados, o contratistas independientes que han suministrado un servicio requerido o autorizado según el Título XIX de la Ley de Seguridad Social (i.e. Programa de Medicaid) en la cede de una clínica gratuita, en programas periféricos o eventos organizados por la clínica gratuita (Ver 42 § 233(a), (o).

Al firmar a continuación, certifico haber leído (o que me han leído) el **Consentimiento, Diseminación de Información, Notificación al paciente sobre FTCA**, haber entendido por completo lo leído y haber recibido respuesta satisfactoria a todas mis preguntas relacionadas con estos formularios. Reconozco haber firmado voluntariamente este documento como prueba de mi intención y **acuerdo** para obligarme al mismo. **Si nos falta su firma, no podemos atenderle.**

Firma del Paciente _____ Paciente/Guardian Molde _____ Fecha _____

Paciente Visita Completa _____ alas _____
Dia _____ Hora _____ Firma de el proveedor _____
Regreso al trabajo [] Inmediatamente [] Manana [] Otro: _____