



COMMUNITY HEALTH CENTERS OF PINELLAS, INC.

Evaluaciones de Salud de Gratis/Feria de la Salud

Formulario de Registro

La siguiente información es necesaria para el uso de las evaluaciones de la salud solamente. Si necesita un examen médico completo, pregúntele al proveedor(es) que le está(n) haciendo la evaluación para que le oriente(n).

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Masculino/Femenino _____ Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) _____ Número de Teléfono Residencial _____ Número de teléfono del Celular _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

DECLARACIÓN: Estoy bajo tratamiento médico y/o veo a un Profesional de la Salud, y/o un Psicólogo, Psiquiatra o un Consejero: Sí No. Si su respuesta es "Sí", por favor escriba el nombre, dirección, y el número de teléfono del Profesional de la Salud.

Autorización para la Evaluación de la Salud, Fotografías y Relevo de Responsabilidad

Entiendo, reconozco y acepto lo siguiente:

1. Estoy participando voluntariamente en la Evaluación de Salud de gratis/Feria de la Salud. Entiendo que cualquier evaluación es de naturaleza limitada y no sustituye el tratamiento médico o el seguimiento de un tratamiento con un Proveedor Médico. Entiendo que es mi responsabilidad el dar seguimiento a cualquier recomendación que se me dé en la Evaluación de Salud de gratis/Feria de la Salud y el dar seguimiento a cualquier prueba, diagnóstico y asesoramiento con el Proveedor Médico de mi elección.
2. Esta evaluación preliminar está siendo conducida por voluntarios (médicos, dentistas, farmacéuticos y otros profesionales/asistentes de atención de la salud) para mi mejor interés y se ofrece de gratis.
3. Community Health Centers de Pinellas, Inc. (CHCP), sus oficiales, personal y los voluntarios que participan de la Evaluación de Salud de gratis/Feria de la Salud no hacen reclamos, representaciones, ni garantías con respecto a la precisión de la evaluación(es) debido a la naturaleza limitada de los servicios ofrecidos.
4. Entiendo que los resultados de mi evaluación son confidenciales y que no serán divulgados ni se darán a conocer sin mi consentimiento a menos que sea requerido por la ley. Reconozco que me han brindado la oportunidad de recibir una copia del Aviso a la Privacidad de CHCP la cual me explica más detalladamente mis derechos de privacidad.
5. A cambio de la evaluación y de los servicios recibidos, estoy de acuerdo en liberar de toda responsabilidad a todas las entidades e individuos que provean los servicios de evaluación como parte de la Evaluación de Salud de gratis/Feria de la Salud, incluyendo pero no limitado a CHCP, sus directores, oficiales, empleados y agentes, de todas y cada una de las reclamaciones, demandas, pérdidas, daños, perjuicios, o lesiones que surjan, en su totalidad o en parte a mi participación en la Evaluación de Salud de gratis/Feria de la Salud.
6. Entiendo que las actividades de la Evaluación de Salud de gratis/Feria de la Salud pueden ser filmadas o fotografiadas, y tales películas y/o fotografías pueden ser utilizadas para diversos propósitos incluyendo publicaciones para fines no comerciales y/o comerciales. Entiendo que tengo derecho a la privacidad y al derecho de privilegio médico/paciente. Renuncio a mis derechos de privacidad y privilegio médico/paciente y autorizo a la filmación o fotografía de mi persona o semejanza para su uso incluyendo, pero no limitado a películas, artículos publicados para fines comerciales, así como no comerciales.
7. ENTIENDO QUE LOS CONSEJOS DE PROVEEDORES EN ESTA EVALUACIÓN DE SALUD DE GRATIS/FERIA DE LA SALUD NO CREA NINGUNA RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE CON CUALQUIER MÉDICO O PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA.
8. Reconozco que he leído este relevo, o me lo han leído, que he entendido las disposiciones, o me las han explicado, y es de mi conocimiento que estoy firmando este relevo voluntaria e inteligentemente.

Firma del Paciente/Guardián _____

Firma del Testigo _____

Nombre del Paciente _____

Nombre del Testigo _____

Fecha _____

Fecha _____