

**SEATTLE/KING COUNTY CLINIC
PATIENT CONSENT FOR CARE & LIABILITY WAIVER**

Seattle/King County Clinic volunteers may not be able to provide you with all the health care services you need, as not all possible health care procedures are available at the clinic and care is only provided over a short period. With that understanding, if you would like to consult with the volunteer team and receive the types of treatment being offered today, PLEASE READ THE PATIENT WAIVER BELOW VERY CAREFULLY. *If you do not sign and submit the waiver you will not receive services at the Seattle/King County Clinic.*

ACKNOWLEDGEMENT OF SERVICE LIMITATIONS: While the volunteer health care professionals offer high quality procedures using proper equipment, I understand that because of the number of people needing treatment, I might not receive all the procedures or services I need. I understand that I might have certain health conditions that would prevent me from having the type of treatment I am requesting. I also understand that the health care providers are volunteers, some from out-of-town, and are not available for free follow-up care in the event of complications. I understand that I am solely responsible to follow up on any recommendations to seek any follow-up care I might need from a local health care provider, community health center or hospital emergency room.

CONSENT FOR HEALTH CARE: I hereby authorize the health care providers of the Seattle/King County Clinic, some of whom may be students closely supervised at all times by licensed professionals, to examine and treat me.

PICTURES/VIDEO: I grant the City of Seattle/Seattle Center, Seattle Center Foundation and their agents the right to use my picture, voice and other reproductions of my physical likeness in connection with advertising or publicizing Seattle/King County Clinic services and its activities in all media form in perpetuity.

**PATIENT LABEL
REQUIRED
PLACE PATIENT LABEL
IN THIS BOX**

HEALTH SAFETY PRECAUTIONS AND RISK OF EXPOSURE: While Seattle/King County Clinic uses proper health safety measures, I understand that in this public setting I may be exposed to COVID-19, influenza, and other infectious diseases. I agree to abide by safety requirements.

CONSENT FOR HIV, HEPATITIS B AND C TESTING: If a Seattle/King County Clinic health care professional, worker or volunteer is directly exposed to my blood or body fluids in a way that may transmit disease, I consent to blood testing, at no cost to me, for human immunodeficiency virus (the "AIDS" virus), as well as for Hepatitis B and C. I understand a physician or other health care provider will communicate the result of the test to me. I further consent to the release of the test results to the exposed person.

I understand if I am directly exposed to blood or body fluids of a Seattle/King County Clinic health care professional, worker or volunteer in a way that may transmit the disease, that person's blood will be tested for human immunodeficiency virus, as well as for Hepatitis B and C. A physician or other health care provider will inform me of the results of the test.

PATIENT WAIVER: In consideration of the free health care services received at the Seattle/King County Clinic, I, for myself, my spouse, legal representatives, heirs, executors, administrators and assigns, do hereby waive and release the City of Seattle, Seattle Center Foundation, clinic sponsors, partners and their respective employees, officials, officers, agents, and volunteers from any and all claims and causes of action for damages, attorney's fees, costs, loss of use, loss of services, expenses, compensation, consequential damage or any other thing whatsoever arising out of such free care, including but not limited to medical, surgical, dental and/or vision care or other health care or medical advice. I further understand that I am responsible for the cost of all subsequent tests, treatments, dental, vision and medical care.

CODE OF CONDUCT: I agree: 1. To be respectful of others - volunteers, patients, patient guests and staff; 2. To follow behavioral and procedural expectations determined by the Seattle/King County Clinic Directors; 3. That aggressive behavior, or threats of aggressive behavior, and/or violence will not be tolerated and are grounds for immediate removal; 4. To not bring alcohol, illegal drugs or weapons on the premises.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES: I acknowledge that I have received a copy of the Seattle/King County Clinic Notice of Privacy Practices. I certify that I have read, or had read to me, and understand and agree to all of the above. I understand that by signing below I am signing a waiver and release and may be giving up important rights which I may otherwise have. I am signing this release of my own free will. I am the patient, the patient's legal representative, or am otherwise authorized by the patient to sign the above and accept its terms on his/her behalf.

*Patient Signature: _____

*Date: _____

Representative Signature: _____

Date: _____

**Required*

Print patient information for healthcare record and mailing needs such as lab results or eyeglasses. Information will be kept private.

*Patient First Name			Middle Name	*Last Name		
Mailing Address						Apt/Unit
City				State		ZIP Code
*Date of Birth month / day / year		Phone ()		Email		

**PATIENT LABEL
REQUIRED**

**PLACE PATIENT LABEL
IN THIS BOX**

SEATTLE/KING COUNTY CLINIC

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA ATENCIÓN Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Es posible que los voluntarios de Seattle/King County Clinic no puedan proporcionarle todos los servicios de atención médica que necesita, ya que no todos los procedimientos médicos posibles están disponibles en la clínica y la atención solo se presta durante un breve periodo de tiempo. Teniendo esto en cuenta, si desea consultar con el equipo de voluntarios y recibir los tipos de tratamiento que se ofrecen hoy en día, LEA MUY BIEN LA EXENCIÓN DEL PACIENTE que aparece a continuación. *Si no firma y presenta la exención, no recibirá servicios en Seattle/King County Clinic.*

RECONOCIMIENTO DE LAS LIMITACIONES DEL SERVICIO: Aunque los profesionales médicos voluntarios ofrecen procedimientos de alta calidad utilizando equipos adecuados, entiendo que debido al número de personas que necesitan tratamiento, es posible que no reciba todos los procedimientos o servicios que necesito. Entiendo que puedo tener ciertas condiciones de salud que me impidan tener el tipo de tratamiento que estoy solicitando. También entiendo que los proveedores de atención médica son voluntarios, algunos de ellos procedentes de fuera de la ciudad, y que no están disponibles para la atención de seguimiento gratuita en caso de complicaciones. Entiendo que soy el único responsable de seguir cualquier recomendación de buscar la atención de seguimiento que pueda necesitar de un proveedor de atención médica local, centro de salud comunitario o sala de emergencias del hospital.

CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA: Por la presente autorizo a los proveedores de atención médica de Seattle/King County Clinic, algunos de los cuales pueden ser estudiantes supervisados de cerca en todo momento por profesionales con licencia, a que me examinen y traten.

IMÁGENES/VIDEO: Concedo a la Ciudad de Seattle/Seattle Center, a la Fundación del Seattle Center y a sus agentes el derecho a utilizar mi imagen, mi voz y otras reproducciones de mi parecido físico en relación con la publicidad o la divulgación de los servicios de la Seattle/King County Clinic y sus actividades en todos los medios de comunicación a perpetuidad.

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD MÉDICA Y RIESGO DE EXPOSICIÓN: Aunque Seattle/King County Clinic utiliza medidas de seguridad médica adecuadas, entiendo que en este entorno público puedo estar expuesto al COVID-19, la gripe y otras enfermedades infecciosas. Me comprometo a respetar los requisitos de seguridad.

CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS DE VIH, HEPATITIS B Y C: Si un profesional de la salud, trabajador o voluntario de Seattle/King County Clinic se expone directamente a mi sangre o fluidos corporales de manera que puedan transmitirle una enfermedad, doy mi consentimiento para que se me realice un análisis de sangre, sin costo alguno, para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana (el virus del "SIDA"), así como la hepatitis B y C. Entiendo que un médico u otro proveedor de atención médica me comunicará el resultado del análisis. Además, doy mi consentimiento para que se divulguen los resultados de la prueba a la persona expuesta.

Entiendo que si me expongo directamente a la sangre o a los fluidos corporales de un profesional de la salud, trabajador o voluntario de Seattle/King County Clinic de forma que me pueda contagiar de una enfermedad, se analizará la sangre de esa persona para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana, así como la hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica me informará de los resultados del análisis.

EXENCIÓN DEL PACIENTE: En consideración a los servicios de atención médica gratuitos recibidos en Seattle/King County Clinic, yo, en mi nombre, en el de mi cónyuge, en el de mis representantes legales, en el de mis herederos, en el de mis albaceas, en el de mis administradores y en el de mis apoderados, eximo y libero a la Ciudad de Seattle, a la Fundación del Seattle Center, a los patrocinadores de la clínica, a los socios y a sus respectivos empleados, funcionarios, oficiales, agentes, y voluntarios de todas y cada una de las reclamaciones y causas de acción por daños y perjuicios, honorarios de abogados, costos, pérdida de uso, pérdida de servicios, gastos, indemnizaciones, daños consecuentes o cualquier otra cosa que surja de dicha atención gratuita, incluidas, entre otras, la atención médica, quirúrgica, dental o de la vista, u otros cuidados de la salud o asesoramiento médico. Además, entiendo que soy responsable del costo de todas las pruebas, tratamientos, atención dental, visual y atención médica posteriores.

CÓDIGO DE CONDUCTA: Acepto: 1. Ser respetuoso con los demás: voluntarios, pacientes, invitados de pacientes y personal; 2. Seguir las expectativas de comportamiento y procedimiento determinadas por los directores de Seattle/King County Clinic; 3. Que el comportamiento agresivo, las amenazas de comportamiento agresivo o la violencia no serán tolerados y son motivo de expulsión inmediata; 4. No ingresar alcohol, drogas ilegales o armas en las instalaciones.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Seattle/King County Clinic. Certifico que he leído, o me han leído, y entiendo y acepto todo lo anterior. Entiendo que al poner mi firma a continuación estoy firmando una renuncia y exención de responsabilidad y puedo estar renunciando a derechos importantes que de otra manera podría tener. Firmo esta exención por mi propia voluntad. Soy el paciente, el representante legal del paciente, o estoy autorizado por el paciente para firmar lo anterior y aceptar los términos en su nombre.

*Firma del paciente: _____

*Fecha: _____

Firma del representante: _____

Fecha: _____

**Obligatorio*

Imprima la información del paciente para el registro médico y las solicitudes de correo, como los resultados del laboratorio o los anteojos. La información se mantendrá privada.

*Nombre del paciente		Segundo nombre	*Apellido
Dirección postal			Apto./Unidad
Ciudad		Estado	Código postal
*Fecha de Nacimiento mes / día / año	Teléfono ()	Correo electrónico	