

Patient Notice of Physician Immunity

There is a law in Illinois called the Good Samaritan Act which states that when a physician provides services without charge to a member of a "Free Medical Clinic without Premises", such as the Access DuPage program, the physician "will not be liable for civil damages as a result of the health care provider's acts or omissions in providing that medical treatment, except for willful or wanton misconduct." This means that physicians who are willing to provide you with free care cannot be sued if something goes wrong, unless they meant to hurt you. This applies to the primary care physician or clinic to which you are assigned, or to any physician specialist who may be asked to give medical care to you in the future.

The exact wording of this section of the law in its entirety is:

Any licensed physician or other health care provider providing services in a free medical clinic, who in good faith provides medical treatment, diagnosis, or advice as part of the services of an established free medical clinic providing care to patients, without charge, which is limited to care that does not require the services of a licensed hospital or ambulatory surgical treatment center, and who received no fee or compensation from that source (the free medical clinic patients) will not be liable for civil damages as a result of the health care provider's acts or omissions in providing that medical treatment, except for willful or wanton misconduct (745 ILCS 49/30.5).

By signing your name below, you are indicating that you have been informed of this law, and that you understand that services provided by a physician who receives no compensation for these services may not result in civil damages, except for "willful or wanton misconduct."

Applicant Signature

Date

Applicant Name (Printed)

Notificación de Pacientes Sobre la Inmunidad de los Médicos

En Illinois hay una ley llamada la "Ley del Buen Samaritano" que declara que cuando un doctor provee servicios gratuitos a un miembro de una clínica sin edificio propio, tal como el programa de Access DuPage, el doctor no es sujeto a daños civiles como resultado de las acciones u omisiones al proveer tratamiento de la salud, con la excepción de faltas premeditadas o graves. Esto significa que los doctores que son dispuestos a proveer servicios gratuitos no pueden ser demandados si pasara algo malo al menos que ellos tengan la intención de hacerle daño. Esto se aplica tanto a los doctores de cuidado primario o la clínica que usted ha sido asignado como a cualquier especialista que se le pida dar atención médica gratuita.

El texto exacto y completo de la sección de esta ley es lo siguiente:

Cualquier doctor u otro proveedor de salud que provee servicios en una clínica de salud gratuita, quien de buena fe provee tratamiento de salud, diagnóstico, o consejo como parte de los servicios de una clínica de servicio gratuito establecida que provee atención a pacientes, gratuitamente, que no incluye atención que requiere los servicios de un hospital o centro ambulatorio de cirugía debidamente autorizado y que no recibe ningún pago o compensación de ellos (los pacientes de la clínica gratuita) no será sujeto a daños civiles como resultado de las acciones u omisiones del proveedor de servicio de salud al proveer dichos servicios con la excepción de faltas premeditadas o graves (745 ILCS 49/30.5)

Al firmar abajo, usted confirma que ha sido informado de esta ley y que usted entiende que los servicios provistos por un doctor quien no recibe compensación por dichos servicios no puede ser causa para daños civiles, con la excepción de "faltas premeditadas o graves."

Firma del Solicitante o Guardián Legal

Fecha

Nombre del Apicante

511 Thornhill Dr. Suite E, Carol Stream, IL 60188
630-510-8720 (F) 630-510-8707

APPLICATIONS CANNOT BE PROCESSED WITHOUT A COPY OF THIS FORM FOR EACH ENROLLEE

Authorization to Release Information

The purpose of this disclosure is to provide Access DuPage with required information to determine my eligibility to participate in the Access DuPage Program, to arrange medical services through Access DuPage, and/or facilitate my participation in pharmaceutical programs by Access DuPage. Therefore, I hereby authorize you to release any medical and non-medical information in your possession, custody or control regarding the individuals listed below pursuant to this Authorization.

I, the undersigned, hereby authorize any and all physicians, hospitals, clinics, other medical-related facilities, insurance companies, employers, Federal, State, and County agencies to release to Access DuPage any records and information requested by Access DuPage for the Access DuPage applicant listed below. This authorization also includes my consent to release information related to my mental health and/or substance abuse history and treatment.

Please release this information to **Access DuPage, 511 Thornhill Drive Suite E, Carol Stream, IL 60188**. Such information may be used by the employees of Access DuPage for treatment, payment or other healthcare operations, as well as by medical providers, pharmaceutical company representatives, and representatives of other agencies providing medical benefits. I consent to disclosure of my personal health information to these parties.

I understand that I may revoke this Authorization at any time by requesting such to Access DuPage in writing at the above address. This authorization shall remain valid for one year from the date signed below and I know I may request a copy. A copy of this shall be considered as valid as the original.

| | | | |
|----------------------------|------------------|---------------------------------|-------------|
| Applicant Signature | Birthdate | Applicant Name (Printed) | Date |
|----------------------------|------------------|---------------------------------|-------------|

Autorizacion para Revelar Informacion

El proposito de este documento es para proveer le a Access DuPage con la informacion requerida para determinar si usted es elegible para El Programa de Access DuPage, para los servicios medicos y el programa de medicinas. Por lo tanto yo autorizo que Access DuPage revele cual quier informacion medica y no-medica en su posesion, acerca de las personas anotadas abajo de esta declaracion.

Yo, autorizo que todos los doctores, hospitales, clinicas, companias de seguro medico , empleadores, agencias Estatales, Federales y de el condado revele a Access DuPage registros e informacion solicitada por Access DuPage para las personas anotadas abajo. Tambien autorizo que se revele informacion relacionada con mi salud mental y/o historial de tratamiento para abuso de drogas.

Favor de revelar esta informacion a **Access DuPage, 511 Thornhill Dr. Suite E, Carol Stream, IL 60188**. Esta informacion puede ser usada por empleados de Access DuPage, provedores medicos, companies farmaceuticas u otras agencias de beneficios medicos para tratamiento, para obtener pagos y para otras operaciones de atencion medica. Doy mi consentimiento a que mis registros de salud personal sean divulgados a estas entidades.

Yo comprendo que yo puedo revocar la autorizacion en cualquier momento por escrito a Access DuPage a la direccion mencionada previamente. Esta autorizacion sera valida por un ano desde la fecha anotada abajo y se que yo puedo pedir una copia de este documento. Una copia de este documento es tan valida como la original.

| | | | |
|---|--------------|----------------------------|----------------------------|
| Firma del Solicitante o Guardián Legal | Fecha | Nombre del Apicante | Fecha de nacimiento |
|---|--------------|----------------------------|----------------------------|

