



Client ID# _____

PATIENT NOTICE OF PHYSICIAN IMMUNITY

There is a law in Illinois called the Good Samaritan Act which says that when a physician provides services without charge to a member of a "Free Medical clinic without Premises", such as the Access DuPage program, then that 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."

Access DuPage Patient Signature

Date

Access DuPage Patient Name (Printed)

NOTIFICACIÓN DE PACIENTES SOBRE LA IMMUNIDAD DE LOS MÉDICOS

En Illinois hay una ley llamada la "Ley del Buen Samaritano" que dice que cuando un doctor provee servicios gratuitos a un miembro de una clínica sin edificio propio, tal como el programa de Access DuPage, ese 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 están dispuestos a proveer servicios gratuitos no pueden ser demandados si pasara algo 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 pedirá 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 de daños civiles, con la excepción de "faltas premeditadas o graves."

Firma del Paciente de Access DuPage

Fecha

Nombre del Paciente de Access DuPage

511 Thornhill Drive • Suite C • Carol Stream, IL 60188
Phone: (630) 510-8720 • Fax: (630) 510-8707

APPLICATIONS CANNOT BE PROCESSED WITHOUT A COPY OF THIS FORM FOR EACH ENROLLEE
APLICACIONES NO SERAN PROCESADAS SIN QUE CADA APLICANTE FIRME ESTA FORMA



Client ID# _____

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION

The purpose of this disclosure is to provide to Access DuPage information required 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, and employers to release to Access DuPage any records and information requested by Access DuPage for the Access DuPage applicant listed below.

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, as well as 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, but only as needed to perform regular operations.

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 of it. A copy of this shall be considered as valid as the original.

Access DuPage Patient Signature

Birthdate

Access DuPage Patient Name (Printed)

Date

AUTORIZACION PARA REVERAL INFORMACION

El proposito de esta carta es para proveer a Access DuPage 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 cualquier informacion medica y no-medica en su posesión, acerca de las personas anotadas abajo de esta declaracion.

Yo, autorizo que todos los doctores, hospitales, clinicas, companias de aseguranza medica, y empleadores, den a conocer a Access DuPage registros e informacion solicitada por Access DuPage para las personas anotadas abajo.

Por favor, envíe esta información a **Access DuPage, 511Thornhill Drive Suite E, Carol Stream, IL 60188**. Tal información puede ser utilizada por los empleados de Access DuPage, así como por proveedores médicos, representantes de compañías farmacéuticas y representantes de otras agencias que brindan beneficios médicos. Doy mi consentimiento a la divulgación de mi información personal de salud a estas partes, pero solo cuando sea necesario para realizar operaciones regulares

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento solicitándola a Access DuPage por escrito a la dirección anotada arriba. Esta autorización seguirá siendo válida por un año desde el estado firmado a continuación y sé que puedo solicitar una copia. una copia de esta se considerará válida como el original.

Firma del Paciente de Access DuPage

Fecha de Nacimiento

Nombre del Paciente de Access DuPage

Fecha

511 Thornhill Drive ▪ Suite C ▪ Carol Stream, IL 60188

Phone: (630) 510-8720 ▪ Fax: (630) 510-8707

APPLICATIONS CANNOT BE PROCESSED WITHOUT A COPY OF THIS FORM FOR EACH ENROLLEE
APLICACIONES NO SERAN PROCESADAS SIN QUE CADA APLICANTE FIRME ESTA FORMA