

## Consent and Waiver of Liability

I certify that the information given on the Patient Health Questionnaire is accurate. I understand the importance of a truthful health history and that my doctor and his/her staff will rely on this information for treating me. I understand all records, x-rays, models, etc., will remain the property of Hope Medivan. I grant permission to the Physician/Dentist to administer anesthetics, or remove any tissue and/or structure, and to employ such operative and technical procedures as are necessary or advisable for purpose of treatment and diagnosis of the above named patient. Hope Medivan may take photographs necessary for teaching purposes. Also, Physician/Dentist may release records only to a physician or dentist to verify a diagnosis.

\_\_\_\_\_  
*Patient or Guardian Signature*

\_\_\_\_\_  
*Relationship to Patient*

\_\_\_\_\_  
*Date*

### Notice to Patients

This is to notify you that under Federal law relating to the operation of free clinics, the Federal Tort Claims Act (FTCA), (See 28 U.S.C. §§ 1346(b), 2401(b), 2671-80) functions by any free clinic volunteer health care practitioner who the Department of Health and Human Services has deemed provides the exclusive remedy for damage from personal injury, including death, resulting from the performance of medical, surgical, dental, or related to be an employee of the Public Health Service.

The above Federal law and other State and Federal laws including the Federal Volunteer Protection Act of 1997 may cover certain free clinic health care professionals providing health care services to patients at this free clinic.

### **Acknowledged:**

\_\_\_\_\_  
(Patient or Guardian Signature)

\_\_\_\_\_  
(Relationship to Patient)

\_\_\_\_\_  
Date

I have received and reviewed the Patient Pamphlet of the HOPE Medivan.

I, for myself and anyone entitled to act on my behalf, hereby release and hold harmless the HOPE Medivan and its agents, employees, representatives, officers, and directors, from any and all liability, cost damages, causes of action suits, and/or claims of any kind or nature (collectively the "Claims") related to or arising out of my receiving volunteer services from the HOPE Medivan, even in the event such liability may arise out of negligence or carelessness on the part of the provider named in this waiver, to the fullest extent permitted by law.

This release applies to all Claims, whether known or unknown, foreseen or unforeseen, that I have at any time against HOPE Medivan and its agents, employees, representatives, officers and directors.

This waiver shall be governed and interpreted according to the laws of the State of California. Any dispute relating to this waiver will be settled by binding arbitration in a venue and jurisdiction being in Stanislaus County, California.

As indicated by my signature below, I have read and fully understand the terms of this waiver. If I am under 18 years of age, I have reviewed this release of liability with at least one of my parents/guardians, and my parents/guardians have indicated acceptance of the terms of the release by signing below.

\_\_\_\_\_  
Patient or Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Print Name

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient

\_\_\_\_\_  
Phone Number

\_\_\_\_\_  
Registration Clerk

\_\_\_\_\_  
Date

**CONSENTIMIENTO y LIBERACION DE la OBIGACION**

Certifico que la información proporcionada en el Cuestionario de Salud del Paciente es exacta. Entiendo la importancia de la historia clínica veraz y de que mi doctor y su personal se basará en esta información para tratarme. Comprendo que todo documento, rayos-X, modelos, etc, serán propiedad de Hope Medivan. Concedo permiso al medico/dentista para que administre anesteticos o remueva cualquier tejido y/o estructura y que emplee procedimientos técnicos u operativos segun sea necesario o aconsejable para el propósito de tratamiento y diagnostico del paciente mencionado arriba. Hope Medivan puede tomar cualquier fotografía necesaria para propósitos de enseñanza. Tambien puede proporcionar los archivos a un médico o dentista, unicamente para verificar un diagnóstico.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Paciente o Guardián*

\_\_\_\_\_  
*Relación con el Paciente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

**Aviso a los pacientes**

Éste es para notificarle que bajo la ley federal referente a la operación de clínicas gratuitas, las demandas federales del agravio actúan (FTCA), (véase que el §§ 1346 de 28 U.S.C. (b), 2401 (b), 2671-80) proporciona el remedio exclusivo para el daño de daños corporales, incluyendo muerte, resultando del funcionamiento de médico, las funciones quirúrgicas, dentales, o relacionadas por cualquier clínica gratuita se ofrece voluntariamente al médico del cuidado médico que el departamento de servicios de salud y humanos ha juzgado ser empleado del servicio médico público.

La ley federal antedicha y otras leyes estatales y federales incluyendo el acto voluntario federal de la protección de 1997 pueden cubrir a ciertos profesionales de las clínicas gratuitas que proporcionan servicios del cuidado médico a los pacientes en esta clínica gratuita.

**Reconocido:**

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente o Guardián)

\_\_\_\_\_  
(Relación al Paciente)

\_\_\_\_\_  
Fecha

=====

He recibido y he revisado el Folleto Paciente de HOPE Medivan

Yo por la presente libero y tengo inocua la HOPE Medivan y a sus agentes, los empleados, los representantes, los oficiales y los directores, de cualquier y toda obligación, cuesto los daños, las causas de juicios de acción, y/o reclamo de cualquier tipo o la naturaleza (colectivamente los "Reclamos") relacionado a o surgiendo fuera de mis servicios recibidos de voluntario de la HOPE Medivan.

Esta liberación aplica a todos Reclamos, si conocido o desconocido, previsto o imprevisto, que tengo en tiempo contra HOPE Medivan y sus agentes, los empleados, los representantes, los oficiales y los directores.

Esta renuncia será gobernada e interpretada según las leyes del estado de California. Cualquier conflicto referente a esta renuncia será colocado atando el arbitraje en un lugar y una jurisdicción que son en el condado de Stanislaus, California.

Cuando indicado por mi firma abajo, yo he leído y he entendido completamente los términos de esta liberación. Si estoy bajo 18 años de edad, yo he revisado esta liberación de la obligación que por lo menos uno de mis padres/guardianes, y mis padres/guardianes han indicado la aceptación de los términos de la liberación firmando abajo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprima Su Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Registration Clerk \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_