ACCESS DUPAGE

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 estan dispuesto 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 atencion médica gratuita.

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

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**

845 E. Geneva Rd ▪ Carol Stream, IL 60188
Phone: (630) 510-8720 ▪ Fax: (630) 510-8707

ACCESS DUPAGE

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 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, 845 E. Geneva Rd. 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 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. To ensure continuity of care, access to your medical records will expire 12 months after your Access DuPage enrollment expires.

I authorize DuPage Health Coalition (DHC) to contact me by SMS text message for program related notifications, including community resources intended to be helpful to me and my family. I understand that message/data rates may apply to messages sent by DHC under my cell phone plan. I know that I am not obligated to authorize Access DuPage to send me text messages. I may opt-out of receiving these communications at any time by calling the main line 630-510-8720 or by replying STOP to a text. By signing, I indicate I am the person legally responsible for all use of mobile accounts, that I am at least 18 years of age, and that I agree to all terms and conditions of use for the text messaging services.

Access DuPage Patient Signature	**Birthdate**	**Access DuPage Patient Name (Printed)**	**Date**

AUTORIZACION PARA REVERAL INFORMACION

El propósito de esta carta es para proveer a Access DuPage información requerida para determinar si usted es elegible para El Programa de Access DuPage, para los servicios médicos y el programa de medicinas. Por lo tanto, yo autorizo que Access DuPage revele cualquier información médica y no-medica en su posesión, acerca de las personas anotadas abajo de esta declaración.

Yo, autorizo que todos los doctores, hospitales, clínicas, compañías de aseguranza médica, y empleadores, den a conocer a Access DuPage registros e información solicitada por Access DuPage para las personas anotadas abajo.

Por favor, envíe esta información a **Access DuPage, 845 E. Geneva Rd. 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. Para garantizar la continuidad de la atención, el acceso a sus registros médicos caducará 12 meses después de que caduque su inscripción en Access DuPage.

Autorizo a DuPage Health Coalition (DHC) a contactarme por mensaje de texto SMS para notificaciones relacionadas con el programa, incluyendo recursos comunitarios destinados a ser útiles para mí y mi familia. Entiendo que las tarifas de mensajes/datos pueden aplicarse a los mensajes enviados por DHC bajo mi plan de teléfono celular. Se que no estoy obligado a autorizar a DHC a enviarme mensajes de texto. Puedo optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento llamando a la línea principal 630-510-8720 o responda STOP a un mensaje de texto. Al firmar, indico que soy la persona legalmente responsable del uso de las cuentas móviles, que tengo al menos 18 años de edad y que estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones de uso de los servicios de mensajes de texto.

Firma del Paciente de Access DuPage	**Fecha de Nacimiento**	**Nombre del Paciente de Access DuPage**	**Fecha**