

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____
MR#: _____

Por cual razon es su visita a la Clinica Gratuita de Ithaca Hoy?

La IFC combina la mejor alternative y tratamientos completos con medicina moderna para proveer cuidado a la persona en total: Para el cuerpo y la mente.

Seguro medico no es requerido para recibir tratamiento. Nuestros servicios son completamente gratuitos so seleccione cual facultivo de nuestro multidisciplinario equipo le gustaria ver. **Aunque con el tiempo vea mas de un proveedor solo escriba el que quiera ver hoy:**

Proveedor:

_____ (Nombre Y Practica)

Nuestros Medicos/Participantes puede que le requieran examen de la sangre para mejor diagnostico y tratamiento.

Los resultados seran enviados a IFC y puede que requira que usted regrese para el tratamiento adicional o para notificarle de los resultados. Por favor cerciorese que tengamos un modo seguro que nos podamos comminucar con usted.

NOTA: Solo los Medicos, Quiropraticos y las Enfermeras Practicas tienen licencia para hacer un diagnostico, po lo tanto si no esta seguro de su problema presente, se le recomienda que sea evaluado por un medico o enfermera practica primero.

Acupuntueista y los terapistas de masaje tienene licesia para da tratamiento en su especialidad. Algunos terapistas, psicologos, trabajadores sociales or consejeros tienen licencia para diagnostical y tratar com probleam emocionales o de ralacion.

Los Herbalista no tienen licencia en el Estado De Nueva York aunque ellos le dan recomendaciones como usar la hierbas para tratar los problemas que han indicado.

Su infomaccion medica no sera publicada al menos que usted lo pida en escrito. Con la excepcion que sera disponible para ser revisada y ser usada solo en IFC y los praticantes que le de tratamiento a usted.

o reconozco que venir a la Clínica Gratuita de Ithaca (IFC) es mi decisión. Yo autorizo y doy autorización a los médicos o proveedores de servicios complementarios como indicado. También doy mi consentimiento para servicios médicos/contemporáneos en adición o diferente de el indicado cual el facultivo encuentre necesarios o recomendado.

También estoy de acuerdo en liberar de responsabilidad la Clínica Gratuita de Ithaca (IFC), la Alianza de Salud de Ithaca, y esos practicantes que no vea de cual quier reclamo legal o responsabilidad. La pregunta sobre confidencialidad entre los proveedores de la clínica y los pacientes es renunciada. Por el proveedor que he seleccionado en la IFC que administre mi tratamiento.

Yo, el firmante abajo, he leído y entiendo la información que he leído arriba.

Firma de paciente, Padre o Tutor Legal:

Imprimir nombre: _____ Fecha:

NOMBRE: _____

MR#: _____

Después de haber sido un paciente de la Clínica Gratuita de Ithaca (Ithaca Free Clinic) en ocasión previa, y haber leído y entendido la información en el reverso de este formulario en este momento, yo acepto toda prestación de dicho consentimiento para mi tratamiento.

Fecha: _____ Razón de Visita

Hoy: _____

Facultativo que Deseo Ver

Hoy: _____

Firma De el Paciente, Padre o Tutor

Legal: _____

Después de haber sido un paciente de la Clínica Gratuita de Ithaca (Ithaca Free Clinic) en ocasión previa, y haber leído y entendido la información en el reverso de este formulario en este momento, yo acepto toda prestación de dicho consentimiento para mi tratamiento.

Fecha: _____ Razón de Visita

Hoy: _____

Facultativo que Deseo Ver

Hoy: _____

Firma De el Paciente, Padre o Tutor

Legal: _____

-----Después de haber sido un paciente de la Clínica Gratuita de Ithaca (Ithaca Free Clinic) en ocacion previa, y haber leído y entendido la información en el reverso de este formulario en este momento, yo acepto toda prestación de dicho consentimiento para mi tratamiento.

Fecha: _____ Razón de Visita

Hoy: _____

Facultativo que Deseo Ver

Hoy: _____

Firma De el Paciente, Padre o Tutor

Legal: _____

Después de haber sido un paciente de la Clínica Gratuita de Ithaca (Ithaca Free Clinic) en ocacion previa, y haber leído y entendido la información en el reverso de este formulario en este momento, yo acepto toda prestación de dicho consentimiento para mi tratamiento.

Fecha: _____ Razón de Visita

Hoy: _____

Facultativo que Deseo Ver

Hoy: _____

Firma De el Paciente, Padre o Tutor

Legal: _____