

505 E. Broadway
PO Box 10044
Jackson, WY 83001
307-739-7492 phone
307-733-8276 fax
tetonfreeclinic.org



Date/Fecha: _____

Last Name/Apellidos

First Name/Primer Nombre

Mailing Address/Direccion Postal:

Physical Address/Direccion Fisica:

Tel: _____

Other #/Otro #: _____

Date of birth/Fecha de Nacimiento: _____ Age/Edad: _____ Gender/Sexo: (M) (F)

Marital Status/Estado Civil: () Single/Soltero(a) () Married/Casado(a) () Widowed/Viudo(a)
() Divorced/Divorciado(a) () Separated/Separado(a)

Languages Spoken/Idiomas Hablados: _____

Race/ Raza: () American Indian/Indigena Americano () Black/Negra
() Caucasian/Blanca () Hispanic/Hispana () Other/Otra

Place of Employment/Empleador: _____

Name of Referring Physician or Organization/Nombre del medico u organizacion que le referio a esta clinica:

Allergies to Medications/Alergias a Medicamentos? _____

Do you, the patient/Ud, el Paciente:

() Live In/Work Teton County, Wyoming/ Vive/Trabaja en el Condado de Teton, Wyoming

Do you, the patient, have any type of medical insurance?/Tiene Usted, el paciente, algun tipo de seguro medico?

() Yes/Si () No

(Insurance includes/El seguro incluye: Medicaid, Medicare, Catastrophic/Catastrofe, Worker's Compensation/Compensacion para los trabajadores, etc.)

505 E. Broadway
PO Box 10044
Jackson, WY 83001
307-739-7492 phone
307-733-8276 fax
tetonfreeclinic.org



LOSS OF RIGHT TO SUE HEALTHCARE PROVIDER:

Under Wyoming statute, physicians, osteopaths, and mid-level practitioners licensed to practice medicine in accordance with Wyoming law, who volunteer their services at a non-profit health care facility, are not liable in damages to any person or governmental entity in a tort, or other civil action, including an action a medical, dental, or other health-related claim for injury or loss to a person or property, that allegedly arises from an action or omission of the volunteer, unless the action or omission constitutes willful or wanton misconduct.

I hereby consent to such treatment by the Teton Free clinic and any of its personnel, including routine diagnostic procedures, together with such medical treatment as may be prescribed or performed by Teton Free Clinic staff members or their designees as they seem necessary or desirable.

I acknowledge that I have received a copy of the privacy notice for the Teton Free clinic

My signature below indicates that I understand the information on this page. If I have any questions or concerns in the future, I may call the clinic @ 739-7492. For any medical emergency, I shall seek treatment at the Emergency department.

Signed: _____ Date: _____

Printed Name: _____ Witness: _____

PERDIDA DE DERECHO A DEMANDAR A EL PRESTADOR DE SERVICIOS MÉDICOS:

Bajo el estatuto actual del estado de Wyoming, los médicos, osteópatas y los profesionales autorizados a practicar medicina de acuerdo con la ley de Wyoming, quienes ofrecen sus servicios en una clínica sin fines de lucro, no son responsables por los daños causados a cualquier persona o entidad gubernamental por agravio u otra acción civil, incluyendo cualquier acción médico, dental o de cualquier otro reclamo médico por daños y perjuicios a una persona o propiedad, que surjan de la acción u omisión del voluntario, a menos que la acción u omisión sean causados voluntariamente o por conducta inadecuada.

Yo doy mi consentimiento a cualquier tratamiento por La Clínica Gratuita y su personal para realizarme los tratamientos y procedimientos que me sean recetados o necesarios por La Clínica y su equipo de profesionales así como por sus recomendados.

Admito que he recibido una copia de aviso de privacidad por La Clínica Gratuita de Tetón. Fecha revisada del aviso de privacidad: El 27 de enero de 2004.

Mi firma a continuación indica que entiendo la información en esta página. Si tengo dudas o algún otro asunto en el futuro, llamare a la Clínica al 307-739-7492. En caso de una emergencia médica acudiré al departamento de emergencias.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Testigo: _____