



FREE CLINIC OF CULPEPER

CONSENTIMIENTO DE CUIDADO

Yo, el abajo firmante, autorizo el cuidado bajo la atención de los proveedores médicos y del personal de la clínica "Free Clinic of Culpeper". Yo entiendo que algunos de los proveedores son voluntarios.

Firma del Paciente

Clinic Representative

Fecha

CONSENTIMIENTO DE VIH/HEPATITIS

En el evento que algún proveedor médico o alguien dando cuidado en la clínica "Free Clinic of Culpeper" sea expuesto directamente con mi líquido corporal del cuerpo, yo doy mi consentimiento para ser examinado de HIV/Hepatitis. Yo entiendo que los resultados serán compartidos con la persona expuesta con mi líquido corporal.

Firma del Paciente

Clinic Representative

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACION MEDICA

Yo, el abajo firmante, concedo a la clínica "Free Clinic of Culpeper" permiso para compartir mi información médica solo con otros médicos y proveedores clínicos que estén directamente envueltos con mi cuidado. Otro tipo de información médica solicitada necesitara mi permiso específico para compartir mi información.

Firma del Paciente

Clinic Representative

Fecha