

HEALTH CARE PROGRAM

The major purpose of the clinic is to provide you with medical care. Medical information obtained will be kept in a confidential medical record. You will be expected to undergo a medical examination to determine your current health status.

I, _____, hereby consent to medical screening and medical examination to determine my current health status, other medical evaluations, diagnostic procedures, routine care, and medical/dental treatments which the medical and professional staff of the clinic may deem necessary, advisable, or appropriate.

I authorize disclosure of my medical records to a hospital, if hospitalization is deemed necessary, advisable, or appropriate. I authorize the disclosure of my medical information to federal and state reporting agencies for purposes of disease surveillance and control.

This form has been fully explained to me, and I understand it's contents. I further understand that no guarantees have been made to me regarding the result of treatments or examinations done in the clinic.

PROGRAMA DE CUIDADO DE SALUD

SERVICIO DE INMIGRACION Y NATURALIZACION

FORMA DE CONSENTIMIENTO MEDICO

El propósito mayor de la clínica es proveer a usted atención médica. Los informes médicos que se obtengan serán mantenidos en un expediente médico, confidencial. Se espera usted que se someta a un examen médico para determinar su estado de salud al presente.

Yo, _____, por la presente consiento o autorizo a una evaluación o examen médico para determinar mi estado salud presente. Tambien consiento a cualquier otra evaluación o procedimiento médico, cuidado rutinario, y tratamiento médico o dental que el personal médico de la clínica considere necesario, aconsejable o apropiado.

Yo autorizo la divulgación de mi historial médico a cualquier hospital en caso de que hospitalización sea necesaria o recomendada. Yo autorizo la divulgación de mi información médica para el reporte a entidades federales y/o estatales para la vigilancia y control de enfermedades.

Esta forma se me ha explicado completamente y yo entiendo su contenido. Tambien entiendo que no se me han hecho garantía con respecto al resultado de tratamientos o exámenes administrados en la clínica.

_____ <i>Signature of Detainee</i> <i>Firma del Detenido</i>	_____ <i>Date</i> <i>Fecha</i>	_____ <i>Signature of Witness</i> <i>Firma del Testigo</i>	_____ <i>Date</i> <i>Fecha</i>
--	--------------------------------------	--	--------------------------------------

IMPRINT OF DETAINEE ID PLATE, COMPUTER LABEL OR COMPLETE BELOW:	
1. Name: _____ (Last)	_____ (First)
2. DOB: _____	3. A # _____
4. Nationality: _____	5. Facility: _____