

AGREEMENT AND TERMS FOR ACCEPTING MEDICAL CARE  
*ACUERDO Y TERMINOS PARA ACEPTAR CUIDADO MEDICO*

By signing below, I agree that in exchange for receiving uncompensated health care services, I waive my right to sue or otherwise seek a monetary recovery from the Health Access Project and its employees and health care professional volunteers for professional negligence, except for acts or omissions that are grossly negligent or are willful and wanton, regardless of where such services are performed.

I have been provided the opportunity to ask questions or request further information from the Health Access Project regarding this statement and I understand fully the rights I am giving up.

I understand that this waiver has been made for the purpose of complying with Utah Code Annotated § 58-13-3 that permits me to waive my rights in exchange for receiving uncompensated health care services.

I acknowledge that I have seen, read, and understand the Notice of Limitation of Liability that applies to the Health Access Project and its employees and health care professional volunteers.

.....  
*Al firmar abajo, yo concuerdo que a cambio de recibir los servicios de asistencia médica gratuita, yo renuncio a mi derecho de demandar o de otro modo buscar una recuperación monetaria del Health Access Project y de sus empleados y voluntarios de asistencia profesional médica por negligencia profesional, con excepción de los actos o las omisiones que son enormemente negligentes o hechas a propósito y de voluntad, a pesar de donde tales servicios se realizan.*

*Me han dado la oportunidad de hacer preguntas o pedir información adicional del Health Access Project con respecto a esta declaración y yo entiendo completamente los derechos que yo me rindo.*

*Entiendo que esta renuncia ha sido causada con el propósito de conformar con el Código de Utah Anotado § 58-13-3 que permite que yo renuncie a mis derechos en cambio de recibir los servicios de asistencia médica gratuita.*

*Reconozco que he visto, leído, y entiendo la Nota de Limitación de Responsabilidad que aplica al Health Access Project y a sus empleados y voluntarios de asistencia profesional médica.*

---

Health Access Project Patient Name/*El Nombre del Paciente del Proyecto Acceso de Salud*

---

Signature of Patient or Parent/Guardian if under 18/*La firma del Paciente o Padre/Guardián si menor de 18*

---

Date/*Fecha*