

**LIMITS OF LIABILITY-URGENT CARE CENTERS, PATIENT OPTIONS  
AND GENERAL CONSENT TO TREATMENT**

**LIMITATION OF OUR CARE:** I am hereby informed that the Upper Valley Urgent Care Center, P.A. treats MINOR MEDICAL problems which are conditions considered stable enough that the patient need only be seen some time within the next twenty-four hours by a healthcare provider. The Upper Valley Urgent Care Center is not staffed or equipped to handle EMERGENCY medical conditions, which are those conditions requiring immediate attention. I understand that the local hospital emergency department is where such problems should be evaluated.

**PATIENT OPTIONS FOR CARE:** I recognize that my care on this date could have included my own personal physician, any of several local hospital emergency departments or urgent care centers, and other specialty hospitals or specialist physicians, all of which are other options for my care.

**GENERAL CONSENT TO TREATMENT:** Understanding the limitations of Medical Care Provided at an urgent care center and my available options; I give permission to the Upper Valley Urgent Care Center, P.A to perform the medical and surgical processes, treatment, and/or procedures that the physician and/or other non-physician providers and assistants may deem to be necessary.

Further, I understand and accept that there are risks of mishaps and possible adverse outcomes associated with receiving medical care anytime including but not limited to: reactions to medications, loss of life or limb under the worst circumstances, extending fractures during straightening procedures, or during surgical procedures attendant bleeding, damage to blood vessels, nerves, or tendons as well as ever present risks of infections.

**ADVICE TO FURTHER CARE:** Finally, I understand that my diagnosis and management due to the limitations of resources and personnel, should be considered tentative, and that if my condition fails to improve or to progress acceptably, I will need to seek further evaluation promptly at the nearest local hospital emergency department.

**HEALTHCARE PROVIDER:** I also understand that my care today may be provided by either/and/or a physician or midlevel practitioner such as a Physicians Assistant (PA) or Nurse Practitioner (NP).

---

Signature and Date

**LIMITES DE RESPONSABILIDAD DE CENTROS DE CUIDADO URGENTES:  
OPCIONES AL PACIENTE, Y CONSENTIMIENTO GENERAL A TRATAMIENTO**

**LIMITACIONES DE NUESTRO CUIDADO:** Soy por este medio informado que Upper Valley Urgent Care Center P.A. trata problemas médicos menores que son condiciones consideradas bastante estables, que la necesidad del paciente solo pudiera ser vista en algún tiempo dentro de las veinticuatro horas siguientes por un proveedor de salud. Upper Valley Urgent Care Center P.A. no es proveído de personal o equipado para manejar condiciones medicas de emergencia, que son aquellas condiciones que requieren la atención inmediata. Entiendo que el departamento de emergencia de un hospital local es donde tales problemas deberían ser evaluados.

**OPCIONES DEL PACIENTE PARA CUIDADO:** Reconozco que mi cuidado en esta fecha podría haber incluido a mi propio medico personal, cualquier de los departamentos de emergencia de los hospitales locales, o centros de cuidado urgentes, y otros hospitales de especialidad o médicos de especialidad, todo de los cuales es otra opción para mi cuidado.

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA MI CUIDADO/TRATAMIENTO:** Entiendo las limitaciones de asistencia medica provistas en un centro de cuidado urgente y mi opción disponible; Doy permiso a Upper Valley Urgent Care Center P.A. para realizar los procesos médicos y quirúrgicos, tratamientos, y/o procedimientos que el medico y/o otros abastecedores y ayudantes puedan juzgar para ser necesario.

Aun mas, entiendo y acepto que hay riesgos, y contratiempos, y resultados adversos posibles asociados con el cuidado medico en cualquier momento incluso pero no limitados a: reacciones a medicamentos, la perdida de vida o de algún miembro bajo las peores circunstancias, ampliando fracturas durante el procedimiento de enderezamiento, sangrado durante un procedimiento quirúrgico, daño a vasos sanguíneos, nervios, o tendones así como alguna vez se presentan riesgos, o infecciones.

**CONSEJO PARA UN CUIDADO MEJOR:** Finalmente entiendo que mi diagnostico y dirección debido a las limitaciones de recursos y personal, debería se considerado provisional, y que si mi condición deja de mejorar o progresar aceptablemente, tendré que buscar adicional evaluación en el departamento de emergencia del hospital local mas cercano.

**PROVEEDOR DE SALUD:** También entiendo que el cuidado medico que voy a recibir hoy, podría ser proveído por un Doctor o un practisionista medico de nivel medio como un Asistente de Doctor o una Enfermera Practicante.

---

**Firma Y Fecha**