



## Programa de Transporte

**Programa de ABOH Acuerdo para Participantes: PARTE 1 Elegibilidad** *(se requiere firma en páginas 2 y 4: devuelva el acuerdo de cuatro páginas completo)*

*Protocolo de seguridad COVID-19: Hasta nuevo aviso, los pacientes y los conductores voluntarios deben usar una máscara mientras están en el automóvil del voluntario.*

Bienvenido al programa de transporte de A Breath of Hope Lung Foundation (ABOH). ABOH utiliza voluntarios entrenados que ofrecen transporte a citas para detección de cáncer del pulmón, citas médicas y a reuniones de grupos de apoyo. Por favor tenga en cuenta que ABOH realiza una verificación de antecedentes y revisa historial de conducción para todos los voluntarios que conducen u ofrecen acompañamiento.

### **Para ser eligible participantes deben:**

- Ser paciente de cáncer del pulmón en un hospital asociado con ABOH (Programa ofrecido en Twin Cities Minnesota y en Lee Health Fort Myers, FL).
- Ser ambulatorio (uso de caminante o bastón es aceptable, no se permite la ayuda de voluntarios con silla de ruedas).

### **Información de programa para los que reciban transporta**

- El programa de transporte de ABOH es servicio de conducción suplementario
- Puede reservar transporte por una de las siguientes razones: detección de cáncer del pulmón, tratamiento de cáncer, citas médicas, o a un grupo de apoyo (Recogida de medicina en la farmacia después de cita).
- Sea puntual a la hora seleccionada para ser recogido
- Contacte al personal de ABOH si un voluntario no se aparece a la hora solicitada para el transporte
- Informe al personal de ABOH sobre cancelaciones o cambios al menos con 2 días de anticipación. Por favor, minimice las cancelaciones.
- Tres cancelaciones sin emergencia resultarán en un periodo de prueba por tres meses en los que no podremos brindar servicio de transporte durante ese tiempo.
- Siempre abroche el cinturón de seguridad cuando esté en el vehículo del voluntario
- El servicio de transporte es sujeto a la disponibilidad de los voluntarios
- Para usar el servicio más de 20 veces al año solicite aprobación a través del personal de ABOH



## Programa de Transporte

- Pedir servicio de transporte con 5 días o más de anticipación da tiempo adecuado para coordinar con un voluntario
- Pacientes reciben una llamada que confirma la coordinación de transporte con un voluntario
- No asuma que un voluntario asistirá con transporte hasta que alguien de ABOH confirme. Si no hay voluntario disponible será notificado con 24 horas de anticipación.
- Los voluntarios contactan a los pacientes para confirmar los detalles del transporte el día antes de la cita
- En caso de que se sienta incómodo o tenga una queja sobre un voluntario, llame al personal de ABOH. Los pacientes tienen el derecho de pedirle al voluntario que los devuelva a casa a cualquier tiempo durante el servicio. Los pacientes tienen la opción de ser acompañados por un cuidador, si desean.

Con su firma a continuación, indica que usted leyó y entendió los requerimientos de elegibilidad arriba mencionados y está de acuerdo con los términos y condiciones.

Firma de paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de cuidador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ (Solo si es necesario)

## Programa de ABOH Acuerdo para Participantes: PARTE 2, Aplicación

Nuevos aplicantes- Por favor complete la siguiente información:

1. Nombre y apellido del paciente: \_\_\_\_\_
2. Correo electrónico del paciente: \_\_\_\_\_
3. Número telefónico del paciente: \_\_\_\_\_
4. Dirección del paciente: \_\_\_\_\_
5. Nombre y apellido del cuidador: \_\_\_\_\_
6. Firma del cuidador: \_\_\_\_\_



## Programa de Transporte

7. Número telefónico del cuidador: \_\_\_\_\_
8. Correo electrónico del cuidador: \_\_\_\_\_
9. Fecha de primera cita: \_\_\_\_\_
10. La hora de su cita médica: \_\_\_\_\_
11. Nombre de establecimiento médico: \_\_\_\_\_
12. Dirección de establecimiento médico: \_\_\_\_\_
13. Nombre de doctor o trabajador social: \_\_\_\_\_
14. Aproximado tiempo de duración de la cita: \_\_\_\_\_
15. ¿Su cuidador lo acompañará a su cita? si/no/a veces
16. ¿Algo más que les gustaría compartir?

---

---

---

---

\*Para solicitar transporte en el área de los Twin Cities, Minnesota, llame al 952-456-2845 o envíe un correo electrónico a [SupportMN@abreathofhope.org](mailto:SupportMN@abreathofhope.org)

\*Para solicitar transporte en el área de Lee County, Florida, llame al 239-986-2812 o envíe un correo electrónico a [SupportFL@abreathofhope.org](mailto:SupportFL@abreathofhope.org)



**A Breath of Hope**  
LUNG FOUNDATION

## Programa de Transporte

### Acuerdo de Participante del Programa ABOH: PARTE 3, Exención/Liberación por Accidente de responsabilidad (firma requerida)

**COVID-19 Información de seguridad:** Cuando participe en programas patrocinados por A Breath of Hope Lung Foundation, (“ABOH”) distancia social se debe practicar y el uso de máscara es forzado en todos los eventos para reducir el riesgo de exposición al COVID-19. El COVID-19 es extremadamente contagioso y el contagio es más común con contacto de persona a persona. ABOH usa medidas preventivas para reducir la posibilidad de contagio. Sin embargo, ABOH no garantiza que los participantes o voluntarios del programa no se contagiaran con el COVID-19.

Individuos que se identifican en alguna de las siguientes categorías no deben comprometerse a eventos, programas o actividades en persona de ABOH. Participando en un programa de ABOH, usted certifica que no está en ninguna de las siguientes categorías:

1. Individuos que actualmente o en los últimos 14 días han tenido algún síntoma asociado con COVID-19, incluye fiebre, tos y falta de aire más algunos otros.
2. Individuos que viajaron en los últimos 14 días doméstica o internacionalmente a una destinación que sostiene alto nivel de infecciones al COVID-19
3. Individuos que sospechan o fueron expuestos al COVID-19 o individuos diagnosticados con COVID-19 y no se identifican como ‘no-contagioso’ de acuerdo con las regulaciones de las autoridades del estado o sus médicos.

**Deber de propio monitoreo:** Participantes del programa y voluntarios están de acuerdo con monitorearse por signos y síntomas de COVID-19. Mientras reglas y disciplina personal puedan reducir el riesgo de contagio. El riesgo de enfermedad grave y muerte existe.

**Renuncia a la responsabilidad/ Liberación de reclamaciones:** Yo reconozco que mi participación con ABOH es de buena virtud y por mi satisfacción personal. Yo voluntariamente me comprometo en los programas, eventos y actividades de ABOH.



# A Breath of Hope

## LUNG FOUNDATION

### Programa de Transporte

**Suposición de riesgo:** Yo reconozco y entiendo lo siguiente:

1. La participación incluye posible exposición a las enfermedades infecciosas incluyendo el COVID-19. Mientras reglas y disciplina personal puedan reducir el riesgo de contagio. El riesgo de enfermedad grave y muerte existe.
2. Yo sé y asumo todos los riesgos relacionados con enfermedades y enfermedades infecciosas, como el COVID-19, así sea de negligencias o culpa de las partes liberadas.
3. Yo tengo el conocimiento y asumo el riesgo de lesiones, daño, o pérdida asociada con la actividad relacionada, incluyendo heridas, daño, o pérdida causada por negligencia, culpa o conducta de cualquier clase por parte de partes liberadas.

Al considerar mi solicitud y permitirme participar en esta actividad, por el presente tomo acción para mí, mis albaceas, administradores, herederos, parientes más cercanos, sucesores y cesionarios de la siguiente manera:

- A. RENUNCIÓ, LIBERO Y EXONERO de cualquier y toda responsabilidad incluida entre otras, la responsabilidad derivados de la negligencia o culpa de las entidades o personas relacionadas, por mi muerte, invalidez, lesiones personales, daños a la propiedad, robo de propiedad o acciones de cualquier tipo que puedan ocurrirme incluyendo mi viaje hacia y desde esta actividad, LAS SIGUIENTES ENTIDADES O PERSONAS: El A Breath of Hope Lung Foundation, (ABOH) y/o sus directores, funcionarios, empleados, voluntarios, representantes y agentes, y los titulares de actividades, patrocinadores, voluntarios y cualquier centro de atención médica desde donde estoy viajando hacia y desde, incluidos los directores, funcionarios, empleados, voluntarios, representantes y agentes;
- B. INDEMNIZAR, LIBERAR DE RESPONSABILIDAD Y PROMETER NO DEMANDAR a las entidades o personas mencionadas en este párrafo de cualquiera y todas las responsabilidades o reclamos hechos como resultado de la participación en esta actividad, ya sea causado por la negligencia de la liberación o de otra manera.
- C. Reconozco que ABOH y el centro de atención médica desde el cual estoy viajando hacia o desde, su directores, funcionarios, voluntarios, representantes y agentes NO son responsables de los errores, omisiones, actos o fracasos de cualquier parte o entidad que realice una actividad específica en su nombre.
- D. Doy mi consentimiento para recibir el tratamiento médico que se considere conveniente en caso de lesión, accidente y/o enfermedad durante esta actividad.



**A Breath of Hope**  
LUNG FOUNDATION

## **Programa de Transporte**

El Formulario de exención de responsabilidad y exención de responsabilidad por accidentes se interpretará en sentido amplio para proporcionar una exención y renuncia en la medida máxima permitida por la ley aplicable.

Firma de Participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Encargado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_