

SOLICITUD DE ACCESO AL PUENTE SPOKANE SWING (PUENTE DE BAJO NIVEL) PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

PARA PERSONAS QUE SOLICITAN ACCESO AL PUENTE DE BAJO NIVEL PARA VIAJAR HACIA Y DESDE UN TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA, SEGÚN LO DEFINA UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

- La autorización es solo para viajes específicamente asociados con el tratamiento de atención médica de emergencia en los que su proveedor de atención médica determina que la prolongación del tiempo de viajes hacia y desde West Seattle son un riesgo perjudicial para su salud
- El acceso al puente de bajo nivel no está permitido para viajes comunes, exámenes no urgentes, visitas de rutina al consultorio para el embarazo, vacunas o cualquier otra cita médica que no sea urgente

PASOS PARA SOLICITAR ACCESO:

- 1: Complete la SECCIÓN 1: Información del solicitante
- 2: Pídale a su proveedor de atención médica que complete la SECCIÓN 2: Información del proveedor de atención médica Y, que proporcione un sello del consultorio o presente una autorización firmada por separado en papel de prescripción o membrete del consultorio médico
- 3: Envíe por correo electrónico la Sección 1, Sección 2 y la autorización firmada a LowBridgeAccess@seattle.gov (puede ser un escaneo o una fotografía de los documentos) o envíela por correo postal a: Traffic permits, ATTN WSB, Seattle Dept. of Transportation, PO Box 34996, Seattle, WA 98124-4996

4: Enviar este formulario no significa que tenga acceso al puente de bajo nivel. Debe recibir una confirmación del SDOT (Departamento de Tránsito de Seattle) antes de poder usar el puente de bajo nivel.

Si tiene preguntas o si necesita ayuda en su idioma, o para llenar este formulario, comuníquese a LowBridgeAccess@seattle.gov o al 206-400-7511. Deje un mensaje de voz con su nombre, información para contactarle y el idioma en el que prefiere hablar y alguien le devolverá la llamada.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

ESCRIBA NOMBRE (APELLIDO(S), NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)			
Domicilio postal <i>(apartado postal o calle y número de apartamento, si corresponde)</i>		Ciudad	Estado Código postal
(Código de área) Teléfono diurno	Dirección de correo electrónico		
Nombre del proveedor de atención médica. (Nombre y apellido de la persona que completará la Sección 2)		Tipo de solicitud Solicitud nueva Extensión de una solicitud aprobada previamente	
Hasta dos placas/matriculas: una para usted y otra como matrícula secundaria o para la persona que le atiende			
Primera placa/matricula	Estado	Segunda placa/matricula (si es necesario)	Estado

X

Firma del solicitante o representante autorizado

Al firmar, acepta que comprende y cumplirá con los términos y condiciones, y la declaración de privacidad en la parte posterior de esta página.



Seattle
Department of
Transportation

PROYECTO DEL PUENTE ELEVADO DE WEST SEATTLE

SOLICITUD DE ACCESO AL PUENTE SPOKANE SWING (PUENTE DE BAJO NIVEL) PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ACCESO AL PUENTE DE BAJO NIVEL:

- 1: Su proveedor de atención médica determinará si su condición clínica y su programa de tratamiento justifican el uso del puente de bajo nivel para ir y venir de sus citas. No comparta ninguna información sobre su condición o tratamiento médico.
- 2: Este formulario, además de una autorización SEPARADA firmada por su proveedor de atención médica deben enviarse a SDOT por correo electrónico o correo postal antes del día 15 del mes para asegurar el acceso durante el mes siguiente. Por ejemplo, para acceder a partir del 1 de junio, SDOT debe recibir sus formularios completos antes del 15 de mayo.
- 3: La autorización es solo para aquellos viajes específicamente asociados con el tratamiento de atención médica de emergencia en los que su proveedor de atención médica determina que los viajes más cortos están justificados debido a sus condiciones de salud.
- 4: El acceso al puente de bajo nivel no está permitido para viajes comunes, exámenes no urgentes, visitas de rutina al consultorio para el embarazo, vacunas o cualquier otra cita médica que no sea urgente.
- 5: Su acceso al puente de bajo nivel puede ser interrumpido en cualquier momento si hay demasiado tráfico en el puente o debido a otras necesidades de control del tráfico. Se le notificará de esto si sucede.
- 6: Es posible que se establezca un límite en la cantidad de viajes que realice en el puente de bajo nivel. Se le puede suspender el acceso si usted excede ese número de viajes.
- 7: El acceso se concede por 90 días. Si el tratamiento médico de emergencia dura más de 90 días, se debe completar un nuevo formulario de solicitud y enviarlo cada 90 días para volver a inscribirse en el programa de acceso.
- 8: El envío de una solicitud de acceso por atención médica urgente no garantiza que se le proporcione acceso al puente de bajo nivel. Las solicitudes o documentación incompletas o inexactas pueden resultar en demoras o denegaciones. Si se aprueba el acceso, se le enviará por correo electrónico una carta que documente la aprobación el día 22 del mes anterior al inicio del acceso. Conserve la carta de aprobación para sus registros. Debe recibir la aprobación en un correo electrónico antes de poder usar el puente de bajo nivel. Si conduce por el puente de bajo nivel sin aprobación, recibirá una infracción de \$75 por cada vez que lo cruce durante horas restringidas. El horario restringido es de 5 AM – 9 PM Entre semana y de 8 AM – 9 PM los fines de semana

SOLICITUDES DE PRIVACIDAD, DATOS Y DIVULGACIÓN PÚBLICA:

SDOT registrará la cantidad y hora de los viajes en el puente de bajo nivel realizados por cada número de placa/matrícula autorizada. Al solicitar acceso al puente de bajo nivel, usted acepta el uso de la información de sus viajes por el puente con fines de monitoreo y evaluación. Este registro de viajes también está sujeto a la Ley de Registros Públicos de Washington y puede estar sujeto a divulgación a un tercero solicitante.

La información personal compartida con SDOT, incluido su nombre y número de placa, está sujeta a la Ley de Registros Públicos de Washington y puede estar sujeta a divulgación a un tercero solicitante. En la ciudad de Seattle, estamos comprometidos a proteger su privacidad y nos aseguraremos de que cualquier divulgación se realice de acuerdo con la ley. Para obtener más información sobre cómo se administra esta información, consulte nuestra Declaración de privacidad (www.seattle.gov/tech/initiatives/privacy/privacy-statement).



PROYECTO DEL PUENTE ELEVADO DE WEST SEATTLE

SOLICITUD DE ACCESO AL PUENTE SPOKANE SWING (PUENTE DE BAJO NIVEL) PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

SECCIÓN 2: PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

EL DOCTOR, MÉDICO O ENFERMERA TITULADA COMPLETA ESTA SECCIÓN DESPUÉS DE QUE EL SOLICITANTE LLENE LA SECCIÓN 1.

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

Además de completar y firmar la sección a continuación, debe proporcionar un sello del consultorio/proveedor en este documento **O** proporcionar una autorización firmada por separado en papel con membrete del consultorio o papel de prescripción que indique:

- 1: el nombre del solicitante
- 2: que está recibiendo tratamiento médico de emergencia debido a una condición de salud que amerita los privilegios de acceso al puente de bajo nivel

No comparta información médica de su paciente. Devuelva este formulario y su autorización firmada al solicitante.

ESCRIBA el nombre del proveedor de atención médica <i>(apellido(s), primer nombre, inicial del segundo nombre)</i>			
Clasificación profesional		Número de licencia profesional	
Dirección de la oficina (apartado postal o calle y número de edificio/suite, según corresponda)		Ciudad	Estado Código postal
(Código de área) Teléfono diurno	Dirección de correo electrónico		
Nombre del paciente <i>(apellido(s), primer nombre, inicial del segundo nombre)</i>			

RESPONDA LO SIGUIENTE:

Mi paciente está recibiendo un tratamiento médico de emergencia y la prolongación de los tiempos de viaje hacia y desde West Seattle son un riesgo perjudicial para mi paciente. Algunos ejemplos de tratamientos médicos de emergencia incluyen, entre otros, quimioterapia, diálisis por radiación y transfusiones de sangre en un centro de salud al que deben viajar desde o hacia West Seattle.

Certifico que el solicitante mencionado anteriormente está recibiendo un tratamiento médico de emergencia y que justifica el uso del puente Spokane Street Swing (puente de bajo nivel) para viajar hacia y desde las citas de tratamiento médicolett

Proporcione un sello del consultorio **O** una autorización firmada por separado en papel de prescripción o membrete del consultorio médico

SELLO

Fecha y lugar (ciudad/condado) de la firma:

X

El proveedor firma aquí (MD, DO, ND, ARNP o CNM)

Número de Licencia: _____



Seattle
Department of
Transportation