Barrier Islands Free Medical Clinic

PATIENT INFORMATION (*INFORMACIÓN DEL PACIENTE*)

Date *(Fecha: Mes/Día/Año):* _____/_____/20____

Patient's Name: ________________ ________________ ________ ______
LAST *(Apellidos)* **FIRST** *(Nombre)* **MI** (*Inicial*) Suffix

Address *(Dirección):* ________________ __________ SC ________ ____________
Street *(Número, Calle)* **City** *(Ciudad)* **State** *(Estado)* **Zip** *(Código Postal)*

Telephone# *(Teléfono)* (_____)______-__________ **Cell#** *(Celular)* (_____)______-_________

Date of Birth____/____/____ *(Fecha de Nacimiento: Mes, Día, Año)*
Gender M ☐ **F** ☐ *(Sexo)*
Married ☐ **Single** ☐ *(Casado/Soltero)*
Social Security/TIN # _____-____-________ *(No. de Seguro Social /TIN)*

Race: **African American** ☐ *(Afroamericano)* **Asian** ☐ *(Asiático)* **Caucasian** ☐ *(Caucásico)* **Hispanic** ☐ *(Hispano)* **Other** ☐ *(Otro)*

Ethnic Origin: *(Origen Étnico)* **Hispanic/Latino** ☐ *(Hispano/Latino)* **NOT Hispanic/Latino** ☐ **Language** ☐ ______________ *(Lenguaje)*

Employment: *(¿Tiene empleo?)* **Full Time** ☐ *(Completo)* **Part Time** ☐ *(Medio)* **Not Employed** ☐ *(Desempleado)*

Military Service Yes☐ **No**☐ *(Servicio Militar)* **Insurance** ☐ *(Seguro)* **Medicare** ☐ *(Medicare)* **Medicaid** ☐ *(Medicaid)* **VA Benefit** ☐ *(Beneficios de VA)*

Emergency Contact:
____
(Nombre de una persona para llamar en caso de emergencia)
Tel#: ______________ (*Teléfono*)
Relationship:__________ *(Parentesco)*

Full Name(s) of family members who live with you in your house.
(*Nombres completos de todos los miembros de familia que viven con usted en su casa.*)

	First Name, Last Name (*Apellidos, Nombre*)	Relationship (*Parentesco*)	Age (*Edad*)	Monthly Income (*Sueldo bruto mensual*)	Source of Income (*Fuente de ingresos*)
1)	____________	**Patient/*Paciente***	____	____________	____________
2)	____________	________	____	____________	____________
3)	____________	________	____	____________	____________
4)	____________	________	____	____________	____________
5)	____________	________	____	____________	____________
6)	____________	________	____	____________	____________

***You will need to provide verification of income for every member of your household who has any source of income.**

**(Necesitará proporcionar verificación del sueldo para cada miembro de su hogar que tenga cualquier sueldo de cualquier fuente.)*

Barrier Islands Free Medical Clinic

NEW PATIENT INSTRUCTIONS

Barrier Islands Free Medical Clinic (BIFMC) provides free health care for adults ages 18-65 who live or work on James, Johns, or Wadmalaw Island, have no health insurance, and whose income is less than 200% of the Federal Poverty Guidelines.

ELIGIBILITY REQUIREMENTS

1) **Personal Identification** - driver's license, ID, passport or birth certificate.
2) **Proof of Residency** – Photo ID with current address, lease, mortgage, utility bill in patient's name.
3) **No medical insurance** or eligibility for Medicare, Medicaid, or VA benefits.

CLINIC RULES

	Initials
1) All medications will be brought to all appointments.	______
2) Patient is responsible for confirming or cancelling appointments promptly.	______
3) Clinic may reschedule appointments if patient is more than 20 minutes late or hasn't confirmed an appointment.	______
4) Repeated missed appointments may result in the loss of privileges.	______
5) Patient will inform BIFMC promptly if insurance is obtained (Medicare, Commercial Insurance, VA benefits, etc ;).	______
6) Abusive behavior, physical or oral, may result in permanent dismissal from the clinic.	______
7) BIFMC **does not** prescribe "controlled substances" for chronic pain (Percocet, etc ;), sleep (Ambien, etc ;), anxiety (Valium, etc ;), ADD/ADHS (Adderall, etc ;).	______
8) Pharmacy prescription refills require 24-48 hours and PAP refills may require 1-2 weeks.	______

I have read and understand the above information and consent to comply with the eligibility requirements and rules.

Signature: ______________________________ **Date:** _____________________

Printed Name: ___________________________ **Date of Birth:** _____________

LA CLÍNICA GRATUÍTA BARRIER ISLANDS
INSTRUCCIONES PARA NUEVOS PACIENTES

La Clínica ofrece atención médica para los mayores de 18 años de edad que viven o trabajan en las islas de James, Johns o Wadmalaw, que no cuentan con seguro médico, y cuyos ingresos son menos de 200% del Nivel Federal de Pobreza.

REQUISITOS PARA INSCRIBIRSE COMO PACIENTE

1) Identificación personal: licencia de conducir, pasaporte, acta de nacimiento, tarjeta de matriculación.
2) Comprobante de dirección: identificación con foto con dirección actual, hipoteca, contrato de alquiler, factora de servicios en su nombre.
3) No contar con seguro médico ni tener derecho a los beneficios de Medicare, Medicaid o como veterano.

LAS REGLAS DE LA CLÍNICA

1) El paciente debe traer todos los medicamentos a cada cita. ______
2) El paciente tiene la responsabilidad de confirmar o cancelar sus citas puntualmente. ______
3) La Clínica se reserva el derecho de reprogramar una cita si el paciente llega más de 20 minutos tarde o no la ha confirmado. ______
4) Puede que se pierda los derechos como paciente por faltar a las citas de manera repetitiva. ______
5) El paciente debe informar a la Clínica lo antes posible si obtenga algún tipo de seguro médico o los beneficios de veterano.
6) Cualquier comportamiento abusivo o violento pueda llevar a un despedido permanente de la Clínica. ______
7) Los profesionales médicos de la Clínica no prescriben (no dan recetas) para medicamentos controlados para el dolor crónico (ej. Percocet), para dormir (ej. Ambien), ansiedad (ej. Valium), o ADD/HDD (ej. Adderall). ______
8) Las renovaciones de recetas (refills) necesitan 24-48 horas y las de los programas farmacéuticos pueden necesitar 1-2 semanas. ______

Yo he leído y entiendo la información anterior y acepto cumplir con los requisitos.

Su firma: ______________________________________ **Fecha de hoy:** __________________

Su nombre en letra de molde: ___________________ **Su fecha de nacimiento:** ________

Barrier Islands Free Medical Clinic

MEDICAL HISTORY / *HISTORIAL MÉDICO*

Name/*Nombre y apellidos*: ______________________ **Date of Birth /** *Fecha de nacimiento*: __________

Medications / *Medicamentos*:

1)	4)	7)
2)	5)	8)
3)	6)	9)

Allergies / *Alergias*:

1) ______________________ 2) ______________________ 3) ______________________

Surgical History / *Cirugía*:

Date / *Fecha*	Surgery / *Tipo*	Place / *Lugar*
1)		
2)		
3)		

Hospitalizations / *Hospitalización*:

Date / *Fecha*	Reason / *Razón*	Place / *Lugar*
1)		
2)		
3)		

Family History / *Historial Familiar*:

	Living or Age at Death / *Vivo o la edad al morir*	**Conditions:** (ex. diabetes, high blood pressure, cancer, heart disease, etc.) ***Condiciones:*** *(por ejemplo la diabetes, problemas cardíacos, el cáncer, etc.)*
Father/*Padre*		
Mother/*Madre*		
Brother/*Hermano*		
Sister/*Hermana*		
Child/*Hijo o hija*		
Other/*Otros*		

Social History / *Historial Social:*

	Type/ *Tipo*	**Amount/ *Cantidad***	**Current User /*Uso Actual***	**Former User/ *Uso Anterior***	**How Long/ *Por Cuánto Tiempo***
Tobacco/*Tabaco:*					
Alcohol:					
Other Drug Use/ *Otras Drogas*:					

Reviewed by: ______________________ **Date:** ______________________

Barrier Islands Free Medical Clinic

CONSENT FOR TREATMENT / *AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO*

English:

I consent to receive medical services and/or treatment provided by a physician, nurse or other healthcare provider, by one who has voluntarily agreed to provide such treatment without compensation or expectation or promise of compensation as provided under Section 33-55-210 of the Code of Laws of South Carolina.

I have read and understand the above information.

Español:

Doy mi consentimiento para recibir los servicios médicos y/o tratamiento proporcionado por un médico, enfermero u otro proveedor de atención médica, por uno que ha acordado prestar voluntariamente tal tratamiento sin compensación ni la espera ni promesa de compensación conforme a lo dispuesto en la Sección 33-55-210 del Código de las Leyes del Carolina del Sur.

Yo he leido y entiendo la información anterior.

Signature/*Firma*: ______________________________ Date/*Fecha*: ___________________

Printed Name: __________________________________ Date of Birth: _________________
(*Nombre en letra de molde*) (*Fecha de nacimiento*)

COMMUNICATION REGARDING YOUR HEALTH CARE / *COMUNICACIÓN RESPECTO A SU ATENCIÓN MÉDICA*

English:

By listing the individual/entity below, you authorize Barrier Islands Free Medical Clinic to discuss your health information, including diagnostic results (lab, xray, etc ;) with them.

Español:

Al nombrar la persona o entidad a continuación, usted autoriza a la Clínica Gratuita Barrier Islands para divulgar o discutir con ella su información de salud, incluyendo los resultados de exámenes diagnósticos (ej., laboratorio, los rayos x, etc.)

Name/*Nombre*	Phone Number/ *Teléfono*	Relationship/ *Parentesco*
1)		
2)		

Signature/*Firma*: ______________________________ Date/*Fecha*: ___________________

AUTHORIZATION FOR MEDICAL INFORMATION RELEASE *AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA*

English:

By signing below, you authorize BIFMC to search for electronic records from other hospitals. Actual copies of medical records will require a separate signed Release Form.

Español:

Al firmar abajo, usted autoriza a la Clínica Gratuita Barrier Islands para buscar sus expedientes médicos de otros hospitales por medios electrónicos. Usted debe firmar otro documento para autorizar la liberación de copias de sus expedientes médicos.

Signature/*Firma*: ______________________________ Date/*Fecha*: ___________________

2700 Middleburg Drive, Suite 105
Columbia, SC 29204
803-933-9183
www.welvista.org

Need help completing this application?
Call David at (803) 331-0272

IS THIS A RENEWAL APPLICATION?

Yes ❑ No ❑

PATIENT INFORMATION

Last Name: | First: | MI: | Social Security Number | Birth Date

Mailing Address | City | State | Zip

Street Address of Residence (attach proof of street address to application) | City | State | Zip

Home# | Work# | Cell#

Ethnic Origin: Asian ❑ Hispanic ❑ Black ❑ White ❑ Other ❑

Gender: Male ❑ Female ❑

Are you a legal resident? Yes ❑ No ❑

What county do you live in?

Doctor/Clinic/Healthcare Provider | Healthcare Provider's #

List all medications you are allergic to. If no allergies, write "NO."

Number of people who live in your household including self:

Do you have (please check) ❑ Health Insurance/Affordable Care Act ❑ Medicare ❑ Medicaid ❑ Family Planning ❑ VA Health ❑ No Health Benefits

PATIENTELIGIBILITYINFORMATION

List all household income, gross monthly amounts

Salary/Wages $ ______________
Disability $ ______________
Alimony/Child Support $ ______________
Social Security $ ______________
Pension/Retirement $ ______________
Unemployment/Work Comp $ ______________
Total Gross Household Monthly Income: $ ______________

ATTACH PROOF OF INCOME

Include proof of ALL household income - wages (2 current consecutive paystubs), pension/retirement, social security, SS disability with Notice of Award, child support, alimony, unemployment, worker's compensation, rental income, etc. SEE BACK FOR ADDITIONAL INCOME INFORMATION

STATEMENT OF RELEASE

I ATTEST THAT THE ABOVE INFORMATION IS COMPLETE AND ACCURATE. BY MY SIGNATURE, I AUTHORIZE THE RELEASE OF THE INFORMATION ABOUT ME AND MY MEDICAL CONDITION TO WELVISTA AND/OR THEIR AGENTS. I AUTHORIZE WELVISTA AND/OR THEIR AGENTS TO USE AND DISCLOSE SUCH INFORMATION FOR THE ASSESSMENT OF MY ELIGIBILITY FOR AND ENROLLMENT INTO THE WELVISTA PROGRAM, WHICH MAY INCLUDE CONTACTING AND PROVIDING INFORMATION TO SOCIAL WORKERS, STATE AGENCIES, HEALTHCARE PROVIDERS OR OTHER PERSONS OR ENTITIES WELVISTA MAY DEEM APPROPRIATE TO RELEASE MEDICAL RECORDS OR REQUIRED INFORMATION BEARING ON MY ELIGIBILITY AND BENEFITS UNDER THE PROGRAM. ADDITIONALLY, I AGREE THAT AT ANY TIME DURING MY ENROLLMENT WELVISTA MAY REQUEST ADDITIONAL DOCUMENTATION TO AUTHENTICATE THE STATEMENTS MADE ON MY APPLICATION.L WILL NOTIFY WELVISTA IF I BECOME ELIGIBLE FOR MEDICARE, MEDICAID, HEALTH INSURANCE, VA HEALTH BENEFITS, OR IF THERE IS A CHANGE IN MY FINANCIAL STATUS. MY SIGNATURE BELOW INDICATES THAT I HAVE OPTED OUT OF CHILD PROOF CAPS.

q I have received Welvista's Notice of Privacy Practices Statement

Patient/Guardian signature______________________________ Date ______________

I authorize Welvista to ship my medications to: Name of Patient Agent (name of person) or home ______________

PROVIDER USE ONLY

Welvista Use Only:

Approved/Denied:______________MR# ______________
Facility Code______________FP# ______________
Approval Date______________Expiration Date ______________
Plan ID______________Patient Advocate DP
Access Health Location ______________

Before you mail your application, please check each of the following:

Is each section completed?	Yes ❑ No ❑
Did you sign and date the application?	Yes ❑ No ❑
Did you attach proof of income?	Yes ❑ No ❑
Did you attach proof of your street address?	Yes ❑ No ❑

5/2014