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, utility bill in patient's name.
3) **Proof of Income**- Current year's Tax Return.
4) **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 rules.

New Patients: How did you hear about our Clinic? _____

E-Mail Address _____

Signature: _____ **Date:** _____

Printed Name: _____ **Date of Birth:** _____

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, tarjeta de matriculación.
2) Identificación con foto con dirección actual, contrato de alquiler, factura en su nombre.
3) Comprobante de ingresos: Declaración de impuestos más actualizada
4) No contar con seguro médico ni tener derecho a los beneficios de Medicare, Medicaid o como veterano.

LAS REGLAS DE LA CLÍNICA

PONGA SUS INICIALES

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) Se pueda perder 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 leido y entiendo la información anterior y acepto cumplir con los requisitos.

Para los pacientes nuevos: ¿Cómo se enteró de la Clínica? _____

Dirección electrónica _____

Su firma: _____ **Fecha de hoy: _____**

Su nombre en letra de molde: _____ **Su fecha de nacimiento: _____**

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

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.

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.

I have read and understand the above information. *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*: _____

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
INFORME DE NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD

English:

I acknowledge my receipt of a copy of BIFMC's Notice of Privacy Practices.

Español:

Reconozco haber recibido una copia del informe de normas de confidencialidad de BIFMC.

Signature/*Firma*: _____ Date/*Fecha*: _____

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:** _____

Welvista
Hope and wellness for the uninsured.

121 Greystone Blvd.
Columbia, SC 29210
803-933-9183
www.welvista.org

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

Is this a renewal application?	Yes ❑ No ❑
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 ❑

PATIENT INFORMATION

Last Name: | First: | MI: | Social Security Number ___-___-____ | Birth Date

Patient Address (where you receive your mail) City State Zip

Barrier Islands Free Medica Clinic 3226 Maybank Hwy, Bldg. C Johns Island, SC 29455

Patient Address (where you live) (attach proof of street address to application) City State Zip

County in South Carolina | Home#/Cell# | Work or alternate#

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

Gender:
Male ❑
Female ❑

Are you a legal resident? Yes ❑ No ❑

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

Doctor/Clinic/Healthcare Provider: BIFMC

Doctor/Clinic/Healthcare Provider's phone#: 843-266-9800

Circle number of people who live in your household including self:
1 2 3 4 5 6 7 8 9

Do you have (please check) ❑ Health Insurance/Affordable Care Act ❑ Medicare ❑ Medicaid ❑ Family Planning /Healthy Check Up ❑ VA Health
I do not have any medical health insurance ❑

PATIENT ELIGIBILITY INFORMATION

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 HOUSEHOLD 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

AGREEMENT/ DISCLOSURE / 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. **I 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 or my mailing address changes.** I have received Welvista's Notice of Privacy Practices Statement.

Patient/Guardian signature _____ Date _____

WELVISTA USE ONLY

Approved/Denied_____ MR #_____ Keyed_____

Plan ID _____ AC Health _____

Pt Adv DP SCThrive Yes or No

Approval Date_____ Exp Date_____

Facility_____ FP #_____

DOCTOR/CLINIC USE ONLY

Doctor/Clinic _____

Hospital _____

HOP# _____ HOP ID# _____

Access Health Group _____