



## 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, Wadmalaw Islands, Folly Beach and downtown Charleston Hospitality Workers have no health insurance, and whose income is less than 299% 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 <b>does not</b> 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, Folly Beach, y trabajadores de la hospitalidad del centro de Charleston que no cuentan con seguro médico, y cuyos ingresos son menos de 299% 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 despido 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.

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: \_\_\_\_\_



**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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Gender M  F  Married  Single  Social Security/TIN #  
(Fecha de Nacimiento: Mes, Día, Año) (Sexo) Other  (Casado/Soltero) \_\_\_\_\_  
(Otro) (No. de Seguro Social /TIN)

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

Ethnic Origin: Hispanic/Latino  NOT Hispanic/Latino  Language  \_\_\_\_\_  
(Origen Étnico) (Hispano/Latino) (Lenguaje)

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

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

Emergency Contact: \_\_\_\_\_ Tel#: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
(Nombre de una persona para llamar en caso de emergencia) (Teléfono) (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.)



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
-----------------------------------------------	------	-------	-----

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 <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>	Gender: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	Are you a legal resident? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Doctor/Clinic/Healthcare Provider Doctor/Clinic/Healthcare Provider's phone#		List all medications you are allergic to. If no allergies, write "NO."
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	\$ _____
<b>Total Gross Household Monthly Income:</b>	\$ _____

**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 \_\_\_\_\_ SCThrive Yes or No

Approval Date \_\_\_\_\_ Exp Date \_\_\_\_\_

Facility \_\_\_\_\_ FP # \_\_\_\_\_

**DOCTOR/CLINIC USE ONLY**

Doctor/Clinic \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_

HOP# \_\_\_\_\_ HOP ID# \_\_\_\_\_

Access Health Group \_\_\_\_\_



MEDICAL HISTORY / HISTORIAL MÉDICO

Name/Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Date of Birth / Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Medical Conditions / Condiciones médicas

Table with 2 columns: Current / Actual, Chronic / Crónico. Rows 1-5.

Medications / Medicamentos:

Table with 3 columns for medication entries, rows 1-3.

Allergies / Alergias:

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

Surgical History / Cirugía:

Table with 3 columns: Date / Fecha, Surgery / Tipo, Place / Lugar. Rows 1-3.

Hospitalizations / Hospitalización:

Table with 3 columns: Date / Fecha, Reason / Razón, Place / Lugar. Rows 1-3.

Family History / Historial Familiar:

Table with 3 columns: Relationship, Living or Age at Death / Vivo o la edad al morir, Conditions: (ex. diabetes, high blood pressure, cancer, heart disease, etc.)

Social History / Historial Social:

Table with 6 columns: Type/ Tipo, Amount/ Cantidad, Current User /Uso Actual, Former User/ Uso Anterior, How Long/ Por Cuánto Tiempo. Rows for Tobacco, Alcohol, Other Drug Use.

Reviewed by: \_\_\_\_\_ R.N. Date: \_\_\_\_\_



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 leído y entiendo la información anterior.

Signature/Firma: \_\_\_\_\_

Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_
(Nombre en letra de molde)

Date of Birth: \_\_\_\_\_
(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.)

Table with 3 columns: Name/Nombre, Phone Number/ Teléfono, Relationship/ Parentesco. Rows 1) and 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: \_\_\_\_\_