|  |  |
| --- | --- |
| **C:\Users\corina\OneDrive\Documents\thumbnail.jpg*Your Bridge to Health ...*** | **For Office Use Only**    **BRFC # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SRMH # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Name: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date of Birth: \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Nombre) (Fecha de Nacimiento)*  **Address** (*Dirección*)**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **City** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Zip** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Phone:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Emergency Contact/Name/Phone#:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***\_***  *(Número de teléfono)* *(Contacto en caso de emergencia + tele#)*  **Do you have any health insurance/Medicaid? □ Yes □ No** **If yes, what type?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(¿Tiene seguro médico/Medicaid?)* *(Sí) (No)**(¿Si tiene, de qué tipo?)*  **Language Preferred** (*Idioma preferido*): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Interpreter Preferred?** (*¿Prefiere intérprete?*)**:** □ **Yes** □ **No**   (*Sí) (No)*  **Are you a U.S. citizen?** (*¿Tiene ciudadanía americana?)* **□ Yes** *(Si)* **□ No** *(No)*    **If not a citizen, are you a permanent legal resident "green card" holder?** (*¿Eres residente legal?)*𑂽 **Yes** (*Sí*) **𑂽** **No** (*No*)      **Sex** (*Sexo*): 𑂽**Male** (*Masculino*) 𑂽 **Female** (*Femenino*) **Other** (*Otro*)  **Marital Status** (*Estado Civil*)**:** **Single** (*Soltera/o*) **Married** (*Casada/o*) **Divorced** (*Divorciada/o*) **Widowed** (*Viuda/o*)  **Ethnicity** (*Etnia*)**: Hispanic** (*Hispana*) **Middle Eastern or North African** (*de Oriente Medio o África del Norte*) **Other** (*Otro*)  **Race** (*Raza*)**:** **African American/Black** (*Afroamericana/Negra*) **Caucasian/White** (*Caucásica/Blanca*) **Asian** (*Asiática*) **Other** (*Otro*)  **Veteran Info** (*Información de Veteranos*): **Are you a veteran?** ( *¿Es veterana/o militar?)*  𑂽 **Yes** (*Sí*) 𑂽 **No** (*No*)  **Employment** (*Empleo*):𑂽 **Unemployed** (*Desempleada/o)*  𑂽 **Full Time** (*Tiempo completo)* 𑂽 **Part Time** (*Tiempo parcia)l*  **What is your reason for coming to the Blue Ridge Free Clinic today?** *(¿Cual es la razón detrás de su visita hoy a la Blue Ridge*  *Free Clínica?)***: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Do you have a regular healthcare provider?** (*¿Tiene médico cabecera?*)**:** 𑂽 **Yes** *(Sí)*  **𑂽 No** *(No)*  **If so, who?** *(¿Si tiene, quien es?)***: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |

**Consent***(Consentimiento)*

**Consent to Treatment:** **Blue Ridge Free Clinic (BRFC) health care providers can examine and treat me or my dependent. I understand that I cannot sue any BRFC volunteer health care providers.** *(Consentimiento para recibir tratamiento****:*** *Los profesionales médicos de la Blue Ridge Free Clínica (BRFC) pueden examinar y tratar a mi mismo o a mi dependiente. Entiendo que no puedo demandar a ningún profesional médico voluntario de BRFC)*

**Consent to Treatment by Clinical Students:** **Clinical students can examine and treat me or my dependent. I understand the clinical students are under the supervision of a professional, licensed, board certified health care provider. I understand that I cannot sue any medical student.** *(Consentimiento para recibir tratamiento de parte de un estudiante clínico****:*** *Estudiantes clínicos pueden examinar y tratar a mi mismo o a mi dependiente. Entiendo que los estudiantes clínicos están bajo la supervisión de un profesional médico acreditado con licencia. Entiendo que no puedo demandar a ningún estudiante de medicina).*

**Consent for Blood Testing:** **If a BRFC staff or volunteer member comes in contact with my blood or urine, I agree to testing and sharing my results with that person and the local health department**. (*Consentimiento para estudios sanguíneos:* *Si un personal o voluntario de la BRFC entra en contacto con mi sangre u orina, acepto que se analice y se comparte mis resultados con esa persona y el departamento local de salud.)*

**Consent to Receive Voicemails, Text Messages, and Telemedicine: I consent to receive voicemails, text messages, and telemedicine from BRFC staff.** (*Consentimiento para recibir mensajes de voz, mensajes de textos y telemedicina:* *Yo acepto recibir mensajes de voz y de texto, y telemedicina de parte del personal de la BRFC.*

**Release of Information:** **BRFC can give or get my information to/from health care providers, pharmaceutical companies, and designees involved in my treatment and/or providing medications and can be shared for audit purposes.**

*(Divulgación de Información****:*** *La BRFC puede dar y recibir mi información a/de profesionales médicos, empresas farmacéuticas y representantes designados involucrados en mi cuidado y/o en el proporcionamiento de medicamentos y pueden ser compartidos para fines de auditoria)* **Patient Assistance Programs (PAP)—I authorize BRFC to apply for and sign my name on PAP applications through drug companies on my behalf. I further authorize BRFC to share all pertinent information with any PAP agent. I agree not to apply separately for my own PAP as long as I am a BRFC patient.** *(Programa de Asistencia al Paciente (PAP)—Autorizo a la BRFC a solicitar y firmar mi nombre en aplicaciones de PAP en mi nombre a empresas farmacéuticas. Además, autorizo a la BRFC que comparta toda información pertinente con cualquier agente de PAP. Me comprometo a no solicitar al PAP por mi cuenta mientras soy paciente de la BRFC.)*

**Patient Signature** (*Firma del Paciente*):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date** (*Fecha*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**12/10/22**