**EL DERECHO DE LA CLÍNICA GRATUITA BLUE RIDGE PARA ACEPTAR O RECHAZAR LA**

**Nuestro objetivo es que la clínica gratuita sea un “PUENTE A LA SALUD” para ayudar a cualquier persona con necesidades de atención médica no satisfechas, con la esperanza de ayudar a los pacientes a encontrar cuidados primarios sostenibles y a buen precio de largo plazo en la comunidad. Esa es nuestra meta para cada persona si es posible.**

**De vez en cuando, hay situaciones en que no se ofrecen cuidados de la Clínica Gratuita Blue Ridge. La decisión de rechazar o aceptar a un paciente siempre se hace por el interés de la persona buscando cuidados. Puede ser que nuestros servicios sean limitados porque somos una clínica gratuita con un personal de voluntarios.**

**Puede que el personal de la Clínica Gratuita Blue Ridge determine que su condición médica requiera tratamiento por otra instalación médica o departamento de emergencias, o que debe de recibir cuidados de otro proveedor basado en sus necesidades de atención médica, su seguro, o su estado financiero.**

**La Clínica Gratuita Blue Ridge se reserva el derecho de rechazar a cualquier paciente para tratamiento si se determina que necesite cuidados de emergencia o que deben de recibir cuidados en otra instalación más apropiada para su situación única o sus necesidades médicas.**

**La Clínica Gratuita Blue Ridge no ofrece atención médica para pacientes que buscan *exámenes médicos de discapacidad* o tratamiento relacionado con reclamaciones de *compensación del trabajador*.**

**Quienes provean información falsa o usen lenguaje/comportamiento abusivo o amenazante no serán aceptados como pacientes de La Clínica Gratuita Blue Ridge.**

**Por favor, hable con nuestro personal con cualquier pregunta acerca de esta política.**

**Susan Adamson, FNP, Directora Voluntaria**

**540-705-0337 Ext 5**

**Admin@blueridgefreeclinic.org**

**FINANCIAL PAGE MUST BE COMPLETED UNLESS: (STAFF TO CIRCLE)**

**LA PÁGINA FINANCIERA DEBE SER COMPLETADO A MENOS QUE: (MARCADO POR PERSONAL)**

**Patient is a MINOR CWS/REFUGEE HAS Insurance/Medicaid**

**NO SRMH SERVICES (ie..work notes/in-house testing only) OTHER:**

**INFORMACIÓN FINANCIERA IMPORTANTE**

**\*\*SE PROVEE ATENCIÓN MÉDICA GRATUITA EN NUESTRA OFICINA – *PERO PUEDE QUE RECIBA CUENTAS DE PARTE DE OTROS PROVEEDORES.\*\****

**TODA LA ATENCIÓN MÉDICA PROVECHA EN LA CLÍNICA GRATUITA ES GRATIS, PERO *LE AYUDAREMOS* A RECIBIR CUIDADOS, PRUEBAS DEL LABORATORIO/RADIOGRAFÍAS EN SENTARA RMH, MEDICAMENTOS, Y OTROS REFERIDOS SI USTED COMPLETA EL FORMULARIO DE INGRESOS FAMILIARES A CONTINUACIÓN:**

**INGRESOS DEL PACIENTE:** por (marcar una) 1 semana, 2 semanas, mes, año

**INGRESOS DEL ESPOSO:** por (marcar una) semana, 2 semanas, mes, año

**Ingresos de otras personas en su casa, con quienes declara sus impuestos – por favor agregue la cantidad**

 por (marcar una) semana, dos semanas, mes, año

Número de adultos en casa: .

Número de niños con menos de 18 años en casa: .

**Fuentes de ingresos (marcar)**: empleo desempleo la seguridad social beneficios de veteranos

seguro de discapacidad pensión pensión alimenticia manutención interés/dividendos

**Prueba de ingreso (marcar):** recibos de pagodeclaración de impuestos documento de desempleo documento de SNAP documento de Seguridad Social Otra

**Firma del Paciente** .

**NOMBRE DEL PACIENTE ESCRITO POR PERSONAL (debe coincidir con la identificación):**

 **.**

FOR OFFICE USE ONLY

SOLO PARA USO DE OFICINA

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

**FPL %** = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **BRFC Card Issued**: Y/N **Exp:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Completed by BRFC staff**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_