|  |  |
| --- | --- |
| **C:\Users\corina\OneDrive\Documents\thumbnail.jpg*Your Bridge to Health ...*** |  **For Office Use Only**  **BRFC # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SRMH # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Name** (*Nombre)***:** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Date of Birth** *(Fecha de Nacimiento)***:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Telephone #***(Telefónnico)***:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Address** (*Dirección*)**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **City:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Zip:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Emergency Contact:Name/Relationship/Phone#:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Contacto en caso de emergencia + relación + tele#)*

**Language Preferred** (*Idioma preferido*):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Interpreter needed? (**necessita *intérprete?*)𑂽 **Yes** (*Sí)*

**Country of Birth** *(País de nacimiento):*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Do you have Heallth Insurance/Medicaid?** 𑂽 **Yes** **𑂽** **No** **If yes, what type?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(¿Tiene seguro médico/Medicaid?)* *(Sí) (No)**(¿Si tiene, de qué tipo?)*

**Sex** (*Sexo*): 𑂽 **Male** (*Masculino*) 𑂽 **Female** (*Femenino*) **Other** (*Otro*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Are you a U.S. citizen?** (*¿Tiene ciudadanía americana?)*𑂽 **Yes** (*Sí*) **𑂽** **No** (*No*)

**If not a citizen, are you a permanent legal resident "green card" holder?** (*¿Es residente legal permanente?)*𑂽 **Yes** (*Sí*) **𑂽** **No** (*No*)

**Employment** (*Empleo*):𑂽 **Unemployed** (*Desempleada/o)*  𑂽 **Full Time** (*Tiempo completo)* 𑂽 **Part Time** (*Tiempo parcia)*

**Do you have a regular healthcare provider?** (*¿Tiene médico cabecera?*)**:** 𑂽 **Yes** *(Sí)*  **𑂽 No** *(No)*

**If so, who?** *(¿Si tiene, quien es?)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consents***(Consentimientos)*

**Consent to Treatment:** **Blue Ridge Free Clinic (BRFC) health care providers and clinical students 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) y estudiantes clinico pueden examinar y tratar a mi mismo o a mi dependiente. Entiendo que no puedo demandar a ningún profesional médico voluntario de BRFC)*

**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)*

**Pharmacy Consent (Consentimiento *para Servicios Farmacéuticos.)******I consent to my prescriptions being filled at no charge in the BRFC Pharmacy, if my prescription medications are available there.*** *(Yo consiento que mis recetas sean llenas sin recargo en la farmacia de la BRFC, si mis medicamentos recetados estén disponibles)*

|  |
| --- |
| **BRFC may decline to provide care for any patient, based on specific health conditions or situations that are not appropriate for our services.** *(La clínica gratuita Blue Ridge puede negarse a proporcionar atención médica para cualquier paciente basado en la presencia de condiciones o situaciones que no sean apropiadas para nuestros servicios.)* |

**Signature** (*Firma*):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Date** (*Fecha*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(3/23/2024)**