|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\corina\OneDrive\Documents\thumbnail.jpg |  **For Office Use Only** **Chart # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SRMH # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

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

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

**Date of Birth:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Emergency Contact/Ph:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Name:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Fecha de Nacimiento Contacto en caso de emergencia + tele#* Relationship:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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*

**Sex (*Sexo*):** 𑂽Male (*Masculino*) 𑂽 Female (*Femenino*) Other (*Otro*) **Are you a U.S. citizen?** □ Yes □ No

 ***¿Tiene ciudadanía americana?*** *Sí No*

**If not a citizen, are you a permanent legal resident? Yes/No ("green card" holder)**

**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 parcial*)

**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**? 𑂽 Yes 𑂽 No If so, who? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*¿Tiene médico de cabecera? Sí No ¿Si tiene, quien es?*

**Certification and Consent** ***Certificación y 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*)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5/13/2022

|  |  |
| --- | --- |
| **C:\Users\corina\OneDrive\Documents\thumbnail.jpg** | **For Office Use Only****Chart # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SRMH MR# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**AUTHORIZATION FOR RELEASE AND/OR EXCHANGE OF MEDICAL INFORMATION**

**(AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA)**

**I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** **authorize the Blue Ridge Free Clinic to:**

***(Yo)*** ***(autorizo que la Blue Ridge Free Clínica pueda:)***

 **Exchange information on an ongoing basis with the following agencies:**

***(Intercambiar información de forma continua* a las siguientes agencias:)**

 **Name of hospital, individual, or agency (*Nombre del hospital, individuo o agencia*):**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Sentara RMH (2010 Health Campus Dr. Harrisonburg VA 22801) and outpatient offices**
 | 1. **Healthy Community Health Centers (1380 Sorrell Dr. Harrisonburg VA 22801)**
 |
| 1. **Ava Care 833 MLK, Jr. Way Harrisonburg, VA 22801**
 | 1. **Community Service Board 1241 N Main St, Harrisonburg, VA 22802**
 |
| 1. **UVA Health Charlottesville, VA 22903**
 | 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

**for the purpose of continuity of care.** ***(con el propósito de* *la continuidad de cuidados.)***

**The complete records/reports may be disclosed unless noted by circling below:** **(*Los expedientes/informes completos se podrán divulgar a menos que se nota a continuación:)***

**Complete Record** **(*Archivo completo*)** **Progress Notes** **(*Notas de progreso*)** **Abstract (*Resumen médico*)**

**X-ray/Diagnostics** **(*Radiografías/Diagnósticos*)**  **Consultations** **(*Consultas*)**

**Current Medication List** **(*Lista de medicamentos actuales*)** **Discharge Summary** **(*Resumen de la visita*)**

**History & Physical** **(*Historial médico y examen físico)*** **Emergency, MD notes** ***(Notas medicas de emergencias)***

**Procedures/Operative Reports** **(*Procedimientos/Informes operatorios*)**

**Other (Specify)** **(*Otro - especifique)***: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**I understand that this consent is revocable upon written notice to the Blue Ridge Free Clinic, except to the extent that action has already been taken with this authorization. The authorization shall remain in force as long as I am a BRFC patient.**

***(Yo entiendo que puedo revocar esta autorización mediante un aviso por escrito a la Blue Ridge Free Clinica, salvo en las acciones ya tomadas con esta autorización. Esta autorización permanecerá en vigencia mientras permanezco como paciente de la BRFC.)***

**Patient Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***(Firma de Paciente)******(Fecha)***

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

5/13/2022