



29 Plantation Park Drive, Bldg. 600, Bluffton, SC 29910 | 843-706-7090
 11332 N. Jacob Smart Blvd. Ridgeland, SC 29936 | 843-645-9090

PATIENT INFORMATION

This clinic provides free medical care for patients who meet our eligibility requirements. Please review the following information to understand how the clinic works.

Esta clinica provee cuidado médico gratis para los pacientes que llenan los requisitos. Por favor repase la siguiente información para entender como funciona la clinica.

Eligibility/Elegibilidad

- You must live or work in either Greater Bluffton or Jasper County.
Usted debe vivir o trabajar el área de Bluffton o en el Condado de Jasper.
- You must have **NO** health insurance/NO Veterans benefits/NO Medicare/ NO Medicaid.
Usted no debe tener seguro de salud/ningún beneficio para veteranos/ni Medicare/ni Medicaid
- You must have income that is equal to or below 250% of the Federal Poverty Level.
Debe tener ingresos iguales o inferiores al 250% del nivel federal de pobreza.

Process and Documents Required

- Complete ALL application forms including consent forms.
Complete todos los formularios de solicitud incluyendo los formularios de consentimiento.
- Schedule a screening appointment.
Programe una cita de selección.
- Bring in all paperwork to the screening appointment: Completed application, Photo ID, Proof of Address, Proof of income. (See below for acceptable documents.) **No screening or medical appointment will be given until application is complete.**
*Traiga todo el papeleo a la cita de selección: Solicitud completa, Identificación con foto, Comprobante de domicilio, Comprobante de ingresos (los documentos aceptables se indican mas abajo) **No se dará ninguna cita médica o de selección hasta que se complete la solicitud.***

PHOTO ID- driver's license or passport.

Identificación con foto – Licencia de conducir o pasaporte

PROOF OF ADDRESS OF WHERE YOU LIVE OR WORK- such as electric bill, phone bill, etc. or a letter from your employer, pay stub with employer's address, etc.

Comprobante de domicilio de dónde viva o trabaje – entre ellos, un recibo de luz, recibo telefónico, etc. O una carta de su empleador, un talón de pago con la dirección del empleador, etc.

PROOF OF ALL SOURCES OF INCOME TWO most recent consecutive stubs are required or letter from employer. If you are married you are required to provide the same for your Spouse. Please be advised in the event you are referred in the future to organizations such as Access Health through Beaufort Memorial Hospital you will be required to provide more financial documentation such as bank account statements.

Comprobante de todas las fuentes de ingreso – se exige DOS talones de pago consecutivos más recientes o una carta de su empleador. Si está casada/o, necesitará proveer los mismos para su esposo/a. Por favor tome nota de que, en caso de que en el futuro se le remita a una organización tal como Access Health mediante Beaufort Memorial Hospital, se le exigirá que provea más documentación financiera como extractos o estados de cuentas bancarias.

- After the eligibility requirements above have been met you will then be scheduled for a doctor's appointment.
- *Una vez que se hayan cumplido los requisitos de elegibilidad anteriores, se le programará una cita con el médico.*

Example of the 2022 FEDERAL POVERTY LEVEL/Ejemplo de Nivel Federal de pobreza para 2022

SIZE OF TOTAL HOUSEHOLD <i>Tamaño total de la familia</i>	INCOME EQUAL TO OR LESS THAN <i>Ingreso Igual o inferior a</i>	SIZE OF TOTAL HOUSEHOLD <i>Tamaño total de la familia</i>	INCOME EQUAL TO OR LESS THAN <i>Ingreso Igual o inferior a</i>
1	\$39,125	4	\$80,375
2	\$52,875	5	\$94,125
3	\$66,625	6	\$107,875

BLUFFTON JASPER VOLUNTEERS IN MEDICINE
APPLICATION FOR MEDICAL
(SOLICITUD DE SERVICIOS MÉDICOS)

Please print (*por favor escriba en letra de molde*)

DATE (*Fecha*) _____ **EMPLOYER** (*empleador*) _____

PATIENT'S NAME (<i>nombre del paciente</i>)		
LAST (<i>apellido</i>)	FIRST (<i>nombre</i>)	MI (<i>inicial del Segundo nombre</i>)

ADDRESS (<i>dirección</i>)	CITY (<i>ciudad</i>)	ZIP (<i>codigo postal</i>)

COUNTY (<i>condado</i>)	TELEPHONE NUMBER (<i>teléfono</i>)	EMAIL ADDRESS (<i>dirección de correo electrónico</i>)

DATE OF BIRTH (<i>fecha de nacimiento</i>)	SEX: M or F (<i>sexo</i>) Masculino Femenino	MARRIED (Casado)	SINGLE (Soltero)	OTHER (Otro)
RACE: (Raza) CIRCLE (rodee con circulo su respuesta)				
AFRICAN AMERICAN AFRO AMERICANO	CAUCASIAN BLANCO	HISPANIC HISPANO	ASIAN ASIÁTICO	OTHER OTRO

EMERGENCY CONTACT (<i>contacto de emergencia</i>)	TELEPHONE NUMBER (<i>teléfono</i>)	RELATIONSHIP (<i>relación</i>)

Full name(s) of all family members (spouse and children under 18) who live with you in your house. (<i>Nombres completos de todos los miembros de familia (esposo & niños que no hayan cumplido los 18 años) que viven con usted en su casa.</i>)		
FIRST LAST NAME (<i>Apellido Nombre</i>)	RELATIONSHIP (<i>Parentesco</i>)	DATE OF BIRTH (<i>Fecha de Nacimiento</i>)

PATIENT'S FINANCIAL INFORMATION/INFORMACION FINANCIERA DEL PACIENTE

PATIENT'S NAME <i>(nombre del paciente)</i>

SOURCES OF HOUSEHOLD INCOME <i>(fuentes de ingresos familiares)</i>	GROSS DOCUMENTED CURRENT INCOME AMOUNT <i>(cantidad de Ingresos brutos actuales documentados)</i>	NUMBER OF PAYMENTS PER YEAR <i>(Número de pagos por año)</i>	ANNUAL GROSS INCOME <i>(Ingreso bruto anual)</i>
EARNED INCOME (FOR PATIENT) <i>Ingreso obtenido (de los padres)</i>	\$		\$
EARNED INCOME (FOR SPOUSE IF MARRIED) <i>Ingreso obtenido (del cónyuge si es casado)</i>	\$		\$
SELF-EMPLOYED/BUSINESS INCOME <i>(Ingresos de Empleado Independiente/negocio)</i>	\$		\$
PENSION/RETIREMENT INCOME <i>(Ingresos por Pension/Retiro)</i>	\$		\$
UNEMPLOYMENT <i>(Ingresos por Desempleo)</i>	\$		\$
DISABILITY INCOME (SSD/SSI) <i>(Ingresos por discapacidad)</i>	\$		\$
PUBLIC ASSISTANCE (TANF, SNAP) <i>(Asistencia Publica)</i>	\$		\$
ALIMONY, CHILD SUPPORT AND FOSTER CARE INCOME <i>(Pension alimenticia, manutención de los hijos e ingreso por hogar adoptivo)</i>	\$		\$
OTHER (SPECIFY) <i>(Otros Ingresos/Especifique)</i>	\$		\$
TOTAL ANNUAL GROSS INCOME FROM ALL SOURCES <i>Total de Ingresos brutos anuales de toda fuente</i>			\$

DO YOU HAVE MEDICAL INSURANCE?/ ¿Tiene seguro medico? (CIRCLE/ Rodee con un círculo la respuesta)				
YES <i>(si)</i> NO <i>(no)</i>				
If YES what medical coverage do you have?/ si su respuesta es sí, ¿qué seguro médico tiene? (CIRCLE/rodee con un círculo)				
MEDICAID	MEDICARE	VA BENEFITS	PRIVATE HEALTH INSURANCE	OTHER

Please be advised in the event you should need to be referred to other organizations for continued services you will be required to provide other financial documentation such as bank account statements or you will not be allowed to receive their services.

Por favor tome nota de que, en caso de que en el futuro se le remita a otras organizaciones para recibir servicios adicionales, se le exigirá que provea más documentación financiera como extractos o estados de cuentas bancarias. De otra manera, no se le permitirá recibir sus servicios.

Patient signature/firma: _____

Date/fecha: _____

PATIENT CONSENT FORM

I, _____, consent to receive medical, dental or other services and treatment by the healthcare professional who has voluntarily agreed to provide treatment without compensation or expectation or promise of compensation as provided under section 33-35-210 of the Code of Laws of South Carolina.

Yo, _____, doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico, dental así como otros servicios y tratamientos provistos por un profesional de salud que voluntariamente ha acordado proporcionar el tratamiento sin compensación o expectativa o promesa de ser compensado tal como se especifica en la sección 33-35-210 del código de leyes de Carolina del Sur.

Services at Bluffton-Jasper Volunteers in Medicine are offered at no charge. Please note: There may be other expenses which may include, but not limited to, outside referral fees and medications that will be your responsibility.

Los servicios en La Clínica del Condado Bluffton Jasper Voluntarios en Medicina se ofrecen sin costo alguno. Por favor note: puede haber otros gastos que pueden incluir, pero no se le limitan a, tarifa de referencias y medicamentos que serán su responsabilidad.

I understand and agree that my provider is not liable for any injury, death, or other loss arising out of giving me these health care services unless injury, death or other loss is caused by my provider's gross negligence.

Yo entiendo y acepto que mi proveedor de salud no es responsable por ningún daño, muerte, u otras perdidas resultantes de los servicios de salud recibidos a menos que el daño, muerte u otra perdida sea causa de negligencia grave de parte de mi proveedor de salud.

The Volunteers in Medicine Clinic gave me this notice and I signed it before receiving any health care services.

La Clínica de Voluntarios en Medicina me ha dado esta forma y yo la he firmado antes de recibir los servicios de cuidado de salud.

Form with fields for Patient's Name, Date, Patient's Signature, Patient's Authorized Representative, and Legal Relationship of Patient.

AUTHORIZATION TO DISCUSS MEDICAL INFORMATION (OPTIONAL)

Autorización para divulgar información médica(opcional)

Information to be given to/se puede divulgar la información a:

NAME (Nombre): _____

RELATIONSHIP (relación): _____ PHONE NUMBER teléfono: _____

Description of the specific information to be discussed/Descripción de la información específica que se divulgará:

Appointment date/time Fecha/hora de cita, diagnosis, x-ray results, medications, lab text/results, summary of medical record, care plan, all/todo

This authorization shall remain in effect from the date signed below until (please check one):

Esta autorización se mantendrá en vigencia desde la fecha puesta abajo hasta (por favor marque una):

NO EXPIRATION DATE / Sin Fecha de vencimiento
SPECIFY EXPIRATION DATE/especifique la Fecha de vencimiento

FREE CLINIC FEDERAL TORT CLAIMS ACT (FTCA) PROGRAM

PROGRAMA DE LA LEY FEDERAL DE RECLAMOS Y AGRAVIOS PARA CLÍNICAS GRATUITAS

Patient Notice of Limited Liability for FTCA Deemed Free Clinic Volunteer Health Care Professionals, Board members, Officers, Employees and Independent Contractors / *notificación al paciente de la limitación de obligación para FTCA considerados como clínica gratuita de profesionales voluntarias de cuidado médico, miembros de junta directiva, funcionarios, empleados y contratistas independientes.*

Notice to Patients/Notificación a los pacientes

To be provided to the individual patient before health care services provided, except in emergency cases when notice may be provided as soon as the emergency as is practicable or to a parent or legal guardian when the patient lacks legal responsibility for his/her case under State Law.

Se debe entregar al paciente antes de que se le provean servicios de cuidado médico, excepto en casos de emergencia donde la notificación se puede proveer tan pronto como ocurra la emergencia según sea practico o a un padre o tutor legal cuando el paciente no tiene responsabilidad legal para su caso bajo la ley del estado.

This is to notify you that under Federal law relating to the operation of free clinics, the Federal Tort Claims Act (FTCA) (See 28 U.S.C sections 1346(b), 2671-80) provides exclusive remedy for damage from personal injury, including death, resulting from the performance of medical, surgical, dental or related functions by any free clinic volunteer health care practitioner, board member, officer, employee or independent contractor who the Department of Health and Human Services has deemed to be an employee of the Public Health Service. The FTCA medical malpractice coverage applies to deemed free clinic volunteer health care practitioners, board member, officer, employee or independent contractor who has provided a required or authorized service under Title XIX of the Social Security Act (i.e., Medicaid Program) at a free clinic site or through offsite programs or events carried out by the free clinic site or through offsite programs or events carried out by the free clinic (see 42 U.S.C. sections 233 (a), (o)).

Esta sirve para notificarle que bajo la Ley Federal relacionada con la operación de clínicas gratuitas, PROGRAMA DE LA LEY FEDERAL DE RECLAMOS Y AGRAVIOS (FTCA) vea 28 U.S.C secciones 1346(b), 2671-80) provee reparación exclusiva por daños que son el resultado de lesiones, que incluye la muerte, que resultan de los desempeños médicos, quirúrgicos, dentales o funciones relacionados efectuadas por cualquier medico voluntario de cuidado de salud de una clínica gratuita, miembro de la junta directiva, ejecutivo, empleado o contratista independiente a quien el Departamento de Salud y Servicios Humanos ha considerado ser un empleado del Servicio Público de Salud. La cobertura del FTCA para negligencia médica aplica al que se considera doctor de cuidado de salud voluntario de una clínica gratuita, miembro de la junta directiva, funcionario, empleado o contratista voluntario quien ha provisto un servicio requerido o autorizado bajo Título XIX del Acta del Seguro Social (por ejemplo, programa de Medicaid) en una clínica de servicios gratuitos o programas fuera de las instalaciones o actividades llevadas a cabo en las instalaciones o fuera de las instalaciones de la clínica de servicios gratuito (vea 42 U.S.C Secciones 233(a), (o))

The above Federal law and other State and Federal laws including the Federal Volunteer Protection Act of 1997 may cover certain free clinic health care professionals providing health care services to patients at this free clinic.

La antes mencionada ley federal y otras leyes federales del estado incluyendo el Acta Federal Protectora de Voluntarios del 1997 puede cubrir ciertos profesionales que proveen servicios de cuidado médico a pacientes en esta clínica de servicio gratuito.

Patient Name (Print Name in full): <i>Nombre del Paciente (letra de molde):</i>	Date: <i>Fecha:</i>
Patient's Signature: <i>Firma del Paciente:</i>	
Patient's Authorized Representative/ <i>Representante Autorizado del paciente:</i>	
Legal Relationship of Patient/ <i>Relacion Legal con el paciente:</i>	

HIPAA

PATIENT CONSENT FORM

Our Notice of Privacy Practices provides information about how we may use and disclose protected health information about you. The Notice contains a Patient Rights section describing your rights under the law. You have the right to review our Notice before signing this Consent. The terms of our Notice may change. If we change our Notice, you may obtain a revised copy by contacting our office.

Nuestro Aviso de las Practicas de Confidencialidad proporciona información sobre cómo podemos utilizar y divulgar los datos confidenciales de su salud. El aviso contiene una sección de Derechos del Paciente que describe sus derechos de acuerdo con la ley. Usted tiene el derecho de revisar el contenido de nuestro Aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, usted puede obtener una copia actualizada contactándose con nuestra oficina.

You have the right to request that we restrict how protected health information about you is used or disclosed for treatment, payment, or health care operations. We are not required to agree to this restriction, but if we do, we shall honor that agreement.

Usted tiene el derecho de solicitar que restrinjamos como su información de salud protegida se debe usar o ser divulgada para recibir tratamiento, pago, operaciones de cuidado médico. No estamos obligados a concordar con esta petición de restricción, pero si lo hacemos, honraremos ese acuerdo.

By signing this form, you consent to our use and disclosure of protected health information about you for treatment, payment, and health care operations. You have the right to revoke this Consent, in writing, signed by you. However, such revocation shall not affect any disclosures we have already made in reliance on your prior Consent. The Practice provides this form to comply with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).

Al Firmar este acuerdo usted da permiso a nuestro uso y divulgación de los datos confidenciales de su salud para ser usados para el tratamiento, pago u operaciones de cuidado médico. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, tal revocación no afectara ninguna divulgación que ya hayamos hecho basados en su autorización previa. La clínica proporciona este formulario a fines de cumplir con el Acta de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

The patient understands that: *El paciente entiende que:*

- **Protected health information may be disclosed or used for treatment, payment or health care operations.** *Los datos confidenciales de su salud pueden ser divulgados o utilizados para el tratamiento, pago, u operaciones de cuidado médico.*
- **The Practice has a Notice of Privacy Practices and that the patient has the opportunity to review this Notice.** *La clínica tiene un Aviso de las Practicas de Confidencialidad y el paciente tiene oportunidad de revisar dicho Aviso.*
- **The Practice reserves the right to change the Notice of Privacy Practices.** *La clínica se reserva el derecho de cambiar el Aviso de las Practicas de Confidencialidad.*
- **The patient has the right to restrict the uses of their information but the Practice does not have to agree to the restrictions.** *El paciente tiene el derecho de restringir el uso de sus datos confidenciales pero La clínica no tiene la obligación de consentir a las restricciones.*
- **The patient may revoke this Consent in writing at any time and all future disclosures will then cease.** *El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesara toda divulgación futura.*
- **The Practice may condition receipt of treatment upon the execution of this consent.** *La Clínica puede poner la condición de que no se reciba tratamiento hasta que se ejecute este consentimiento.*

THE CONSENT WAS SIGNED BY: EL CONSENTIMIENTO FUE FIRMADO POR:

Patient's printed name/ Letra de molde- Paciente

Date/Fecha

WITNESS/Testigo:

Printed Name- Practice Representative/Letra de molde – Representante de la clínica

Date/fecha

CLINIC RULES

VERY IMPORTANT! Please read carefully, before initialling your compliance with each rule.

To be signed at the time of screening

¡MUY IMPORTANTE! Lea detenidamente antes de rubricar su cumplimiento de cada regla.

Debe ser firmado a la hora de selección

CLINIC RULES	Patient's Initials/iniciales del paciente	Screeener's Initials/ inciales del examinador
1. All medications will be brought to all appointments. <i>Se deben traer todos los medicamentos a todas las citas.</i>		
2. Patient is responsible for confirming or cancelling appointments 24 hours prior to appointment. <i>El paciente es responsable de confirmar o cancelar citas 24 horas antes de la cita.</i>		
3. Clinic may reschedule appointments if patient is more than 20 minutes late or hasn't confirmed an appointment. <i>La clínica puede reprogramar citas si el paciente tiene más de 20 minutos de retraso o no ha confirmado una cita.</i>		
4. If you miss 2 scheduled appointments without calling to cancel (no show) within a 6 month period, you will be placed on the waiting list for an appointment with your physician. <i>Si se pierde 2 de su citas sin llamar para cancelar la cita (no se presenta) durante un periodo de 6 meses, se le colocara en la lista de espera para una cita con su médico.</i>		
5. Patient will inform BJVIM promptly if insurance is obtained (Medicare, Commercial Insurance, VA benefits, etc). <i>El paciente informará prontamente a BJVIM si se obtiene un seguro (medicares, seguro comercial, beneficios VA, etc).</i>		
6. Abusive behavior, physical or oral, may result in permanent dismissal from the clinic. <i>Comportamiento abusivo, físico u oral, puede resultar en despido permanente de la clínica.</i>		
7. Prescription refills require 24-48 hour notice to fill. <i>Las renovaciones de recetas requieren un aviso de 24 a 48 horas para completar.</i>		
8. No food is permitted in the clinic waiting area. <i>No se permiten alimentos en el área de espera de la clínica.</i>		
10. Cell Phones need to remain on silent mode while in the clinic. <i>Los teléfonos celulares deben permanecer en modo silencioso mientras se encuentran en la clínica.</i>		

I have read and understand the above information and consent to comply with eligibility requirements and rules

He leído y entiendo a la información antedicha y estoy de acuerdo en cumplir con los requisitos de elegibilidad y reglas.

Patient's Name (printed) Nombre del paciente (letra de molde): _____

Date/Fecha: _____

Patient's Signature/firma del paciente: _____



Consent to email and /or text message appointment reminders and other healthcare communications

Autorización para recibir recordatorios y otra comunicación del cuidado de salud. por correos electrónicos y/o mensaje de texto

We now have the ability to email and/or text appointment reminders and other important communications, such as the availability of specialist clinics, severe weather closure, etc. etc. To receive email and/or text message communications, patient consent is required. Please read the consent below and sign/initial as indicated.

Ahora tenemos la habilidad de enviar correo electrónico y/o textos para recordatorios de citas y otra comunicación importante, tales como la disponibilidad de clínicas especialistas, cierres por clima severo, etc. Etc. Para poder recibir comunicación por correo electrónico y/o mensaje de texto, el paciente tiene que autorizarlo. Por favor lea la autorización abajo y firme/ponga sus iniciales tal como se indica.

Bluffton Jasper Volunteers in Medicine (BJVIM) patients may be contacted via email and /or text message with appointment reminders, to obtain feedback on your experience with our healthcare team, and to provide general health reminders/information.

Pacientes de Bluffton Jasper Volunteers in Medicine (BJVIM) pueden ser contactados vía correo electrónico y/o mensaje de texto con recordatorios de sus citas, para obtener recibir sus observaciones basadas en su experiencia con nuestro equipo de cuidado médico, y para proveer recordatorios/información general de salud.

I consent to receiving appointment reminders and other healthcare communications/information by email and /or text from BJVIM.

Acepto recibir recordatorios de citas y otras comunicaciones/informacion por correo electronico y/o texto de parte de BJVIM.

_____ (Patient initials/iniciales del paciente) I consent to receive text messages for appointment reminders from the practice, at my cell phone, and any number forwarded to or transferred to that number.

Acepto recibir mensajes de texto de parte del consultorio en mi teléfono celular, y en cualquier número reenviado o transferido a ese número.

The cell phone number that I authorize to receive text messages for appointment reminders, feedback, and general health reminders/information is:

el telefono celular al que autorizo que se envíen mensajes de texto para recordatorios de citas, observaciones y recordatorios/información general es (_____) _____ -- _____

_____ (Patient initials/iniciales del paciente) I consent to receive email communications, as stated above, at:

acepto recibir comunicación vía correo electrónico tal como se declara anteriormente a:

Email/correo electronico: _____

I understand that this request to receive email and/or text messages will apply to all future appointment reminders/feedback/health information, unless I request a change in writing.

Entiendo que esta petición para recibir correo electronico y/o mensaje de texto aplicara a todo recordatorio de citas/observaciones/informacion futuras de salud a menos que pida un cambio por escrito.

Patient name (PRINTED) / nombre del paciente (letra de molde):

Patient signature/firma del paciente: _____ **Date/fecha:** _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento/: _____