|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SHIFA FREE HEALTH CLINIC PATIENT INTAKE FORM****Please fill out the questionnaire completely. All of the information contained in these pages in completely confidential.** (Por favor complete el cuestionario completamente. Toda la información contenida en estas páginas es completamente confidencial.)

|  |
| --- |
| **CONTACT INFORMATION:****Last Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ M.I \_\_\_\_**(Apellido) (nombre primero) **Date of Birth: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*MM/DD/YYYY*) SSN/Tax ID Number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐ NONE**(Fecha de Nacimiento) (Número de seguridad social/ Identificación del impuesto) (No aplica)**Preferred Phone #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐ Cell ☐ Home Preferred Language: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(Teléfono Preferido) (Cellular) (Casa) (Idioma preferido)**Street Address & Apt #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_\_**(Dirección) (Ciudad) (Código Postal)**Mailing Address (if different from physical address): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_\_**(Dirección de correo si es différente de su dirección física) (Ciudad) (Código Postal)**Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(Correo electrónico) **Emergency Contact Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (El nombre de su contacto de emergencia) (Su número de telefone)**Relationship to Patient: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(Relación con el paciente)  |
| **Gender: ☐ Male ☐ Female**(género) (Hombre) (Mujer)**Marital Status: ☐ Married ☐ Separated ☐ Divorced ☐ Single ☐ Widowed**(Estado civil) (Casado) (Separado) (divorciado) (Soltero) (Viudo)**Race: ☐ Asian ☐ Black ☐ White** (Raza) (Asiático) (Negro) (blanco) **☐ Latin-American ☐ Other \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (latinoamericano) (Otro)**Citizenship: ☐ Citizen ☐ Non-Citizen ☐ Permanent Resident <5 years**(Ciudadanía) (Ciudadano) (No Ciudadano) (Residente Permanente < 5 años)

|  |
| --- |
| **Housing Status: ☐ Home-Owner ☐ Renting ☐ Double-Ups**(Estado de la vivienda) (Dueño de casa) (Alquiler) (duplicaciones) **☐ Homeless ☐ Living with a Family Member**  (Sin hogar) (Viviendo con un miembro de la familia)**Are you insured? ☐ Yes ☐ No Employer Offers Insurance?**(Estas asegurado?) (Sí) (No) (Los empleadores ofrecen seguro?)**Are you employed? ☐ Yes ☐ No ☐ Yes ☐ No**(Está usted empleado?) (Sí) (No) (Sí) (No)**If not working, do you have a Supporting Letter? ☐ Yes ☐ No** (Si no está empleado, tienes una carta de apoyo?) (Sí) (No) |

 |
| **HOUSEHOLD INCOME (Patient’s source of income):** (La fuente de ingresos del hogar del paciente)**☐ Job ☐ Disability ☐ Living off Savings**  (Trabajo) (discapacidad) (Viviendo de ahorros)**☐ SSI ☐ Child Support ☐ Other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (Seguridad Social) (Manutención de los hijos) (Otro)**Patient’s annual gross income: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (Ingreso anual del paciente)**Total annual gross income of other members of the household: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (Ingreso anual del otros miembros de tu hogar)**Total household income: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (Ingreso total del hogar)**Number of people living in your household is \_\_\_\_\_\_\_** (El número total de personas que viven en su hogar) |
| **Proof of TOTAL Household Income (Check all that apply):** (Prueba del ingreso TOTAL del hogar, cheque todo lo que corresponda)**☐ Copy of last year’s filed tax return and W-2’s** (Una copia de la declaración de impuestos presentada el año pasado y W-2)**☐ One month’s paystubs from all household members** (Recibos de un mes de todos los miembros del hogar)**☐ Letter from employer verifying wages on letterhead** (Una carta de su empleador que verifique los salarios en un membrete)**☐ Copy of support from state or federal agencies** (Una copia del apoyo de agencias estatales o federales)**☐ Copies of annuities/retirement benefits**(Copias de anualidades/ beneficios de jubilación)**Have you filed your taxes? ☐ Yes ☐ No**(Ha presentado sus impuestos?) (Sí) (No) |
| **ADDITIONAL QUESTIONS:**(Preguntas adicionales)* **Do you have an ID proof? ☐ Yes ☐ No**

(Tienes comprobante de identificación?) (Sí) (No)* **How did you hear about the Shifa Clinic?**

(Cómo se enteró de la clínica Shifa) **Friends/Family Facebook Email Flyers Others\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (Amigos/ familia) (Facebook) (Correo electrónico) (Volantes) (Otros)* **What is the purpose of today’s visit?**

(Cual es el propósito de la visita de hoy?)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

 |

**Shifa Free Health Clinic**

**(704) 706-7856**

**4301 Shamrock Dr.**

**Charlotte, NC 28215**

**Free Clinics FEDERAL TORT CLAIMS ACT (FTCA) Program**

(Programa de la Ley de Reclamaciones del Tesoro Federal (FTCA) de Clínicas Gratuitas)

**Patient Notice of Limited Liability of FTCA Deemed Volunteer Free Clinic Health Care Professionals: Notice to Patients**

(Aviso al paciente de responsabilidad limitada de Clínica gratuita considerada voluntaria FTCA Profesionales de la salud Aviso a los pacientes)

**This document 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 C1346(b), 2401(b), 2671(b), 2671-80] provides the exclusive remedy from 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 who the Department of Health and Human Services has deemed to be an employee of the Public Health Service. This FTCA medical malpractice coverage applies to deemed free clinic volunteer health practitioners who have 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 [see 42 U.S C 233(a),(o)].**

**Certain free clinic health care professionals providing health care services to patients at this free clinic may be covered by the above Federal Law.**

(Este documento es para notificarle que conforme a la Ley Federal relacionada con la operación de clínicas gratuitas, la Ley Federal de Reclamaciones por Agravios (FTCA), [ver 28 US C1346 (b), 2401 (b), 2671 (b), 2671-80] proporciona el remedio exclusivo contra los daños causados ​​por lesiones personales, incluida la muerte, resultantes de la realización de funciones médicas, quirúrgicas, dentales o relacionadas por parte de cualquier profesional clínico voluntario de atención médica gratuito del cual el Departamento de Salud y Servicios Humanos ha considerado un empleado de El Servicio de Salud Pública. Esta cobertura de negligencia médica de FTCA se aplica a los profesionales de la salud voluntarios de la clínica que se consideren gratuitos y que hayan prestado un servicio requerido o autorizado conforme al Título XIX de la Ley del Seguro Social (es decir, el Programa de Medicaid) en un sitio de la clínica gratuita o a través de programas o eventos externos realizados por el clínica [ver 42 US C 233 (a), (o)].

Ciertos profesionales de atención médica de clínicas gratuitas que brindan servicios de atención médica a pacientes en esta clínica gratuita pueden estar cubiertos por la Ley Federal mencionada anteriormente)

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

(Firma del paciente) (Fecha)

**Print Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Imprimir nombre)

**ATTESTATION TO ACCURACY OF INFORMATION SUPPLIED**

(ATENCIÓN A LA EXACTITUD DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA)

**I understand that Shifa Free Health Clinic operates because of contributions from concerned individuals, religious groups, business and civic organizations. Services are available only for low-income Mecklenburg county resident who meet eligibility guidelines. I attest the information that I provided above is correct. I understand that I may not be allowed to receive services at the clinic. I understand that Shifa Clinic staff are all volunteers, only working on Saturday, twice a month, thus is not a regular clinic. I understand that for urgent medical issues, I should find a regular provider. I understand that Shifa has the right to refuse service to anyone at any time.**

(Entiendo que el Shifa Free Health Clinic opera gracias a las contribuciones de personas interesadas, grupos religiosos, organizaciones empresariales y cívicas. Los servicios están disponibles solo para los residentes del condado de Mecklenburg de bajos ingresos que cumplan con los requisitos de elegibilidad. Doy fe de que la información que proporcione arriba es correcta. Entiendo que es posible que no se me permita recibir servicios en la clínica. Entiendo que el personal de la Clínica Shifa son voluntarios, que solo trabajan el sábado, dos veces al mes, por lo que no es una clínica regular. Entiendo que para problemas médicos urgentes, debería encontrar un proveedor regular. Entiendo que Shifa tiene el derecho de rechazar el servicio a cualquier persona en cualquier momento.)

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

(Firma del paciente) (Fecha)

**Print Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Imprimir nombre)

**CONSENT FOR TREATMENT**

(CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO)

**I hereby voluntarily consent to be examined and evaluated by the medical staff of Shifa Free Health Clinic and to be tested and treated as deemed necessary and appropriate by them. The staff will discuss the testing and treatment with me and answer my questions as fully as possible.**

(Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para ser examinado y evaluado por el personal médico de Shifa Free Health Clinic y ser examinado y tratado según lo considere necesario y apropiado. El personal discutirá las pruebas y el tratamiento conmigo y contestará mis preguntas de la manera más completa posible.)

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

(Firma del paciente) (Fecha)

**ACKNOWLEDGMENT OF NON\_CHILDPROOF PACKING**

(RECONOCIMIENTO DE EMBALAJE A PRUEBA NO INFANTIL)

**I hereby acknowledge that medication received from Shifa Free Health may not be in childproof packaging.I agree to use and store medications appropriately to safeguard children.**

(Por la presente reconozco que los medicamentos recibidos de Shifa Free Health pueden no estar en un empaque a prueba de niños. Estoy de acuerdo en usar y almacenar los medicamentos adecuadamente para proteger a los niños.)

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

(Firma del paciente) (Fecha)

**AUTHORIZATION TO REQUEST AND RELEASE INFORMATION**

(AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN)

**I hereby authorize representatives of Shifa Free Health Clinic to request and/or release any and all information concerning my employment earning, health insurance offered and obtained, financial affairs, medical history, application for assistance, family and personal relationships, and such other information as needed to determine eligibility and most appropriate treatment plan. I may revoke this authorization at any time in writing. Otherwise, this consent is valid while I remain a patient of Shifa Clinic.**

(Por la presente autorizo ​​a los representantes de Shifa Free Health Clinic a solicitar y / o divulgar toda la información relacionada con mis ingresos, el seguro de salud ofrecido, los asuntos financieros, el historial médico, la solicitud de asistencia, las relaciones familiares y personales, y cualquier otra información como Necesario para determinar la elegibilidad y el plan de tratamiento más apropiado. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito. De lo contrario, este consentimiento es válido mientras sigo siendo paciente de Shifa Clinic.)

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

(Firma del paciente) (Fecha)

**Shifa Free Health Clinic**

**(704) 706-7856**

**4301 Shamrock Dr.**

**Charlotte, NC 28215**

**NO LIABILITY STATEMENT**

(NINGUNA DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD)

**I hereby affirm that I voluntarily subjected myself to health check, laboratory test(s) and consultation at the free and charitable health clinic organized by the Shifa Free Health Clinic, conducted at the premises of MAS Islamic Center.**

(Por la presente afirmo que me sometí voluntariamente a controles de salud, pruebas de laboratorio y consultas en la clínica de salud gratuita y benéfica organizada por la Clínica de salud gratuita Shifa, que se llevó a cabo en las instalaciones del Centro Islámico MAS.)

**In making this voluntary decision, I forego any legal claim on account of any liability perceived or otherwise against Shifa Free Health Clinic, individual doctors who interviewed and examined me and the volunteer staff and Carolina Medical Lab and its employees.**

(Al tomar esta decisión voluntaria, renuncio a cualquier reclamo legal debido a cualquier responsabilidad percibida o no contra Shifa Free Health Clinic, los médicos individuales que me entrevistaron y examinaron a mí y al personal voluntario y al Laboratorio de Carolina Medical y sus empleados.)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Signature)**

(Firma)

**Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Nombre)

**Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Fecha)



**Shifa Free Health Clinic Enrollee Responsibilities**

**and Code of Conduct**

(Responsabilidades de los afiliados de la Clínica de salud gratuita Shifa y Código de Conducta)

**I understand I am an applicant for access to donated care provided by volunteer providers. Should I be approved for enrollment, I agree to the following:**

(Entiendo que soy un solicitante de acceso a la atención donada proporcionada por proveedores voluntarios. Si me aprueban para inscribirme, acepto lo siguiente)

* I will follow my Shifa Free Health Clinic’s plan of care.

(Seguiré mi plan de atención de Shifa Free Health Clinics.)

* I will fill prescriptions and take medicines as prescribed.

(Llenaré las recetas y tomaré los medicamentos según lo prescrito.)

* I allow the exchange of information regarding prescription in this program between individuals, organizations, and agencies that participate with Shifa Clinic.

(Permito el intercambio de información con respecto a la prescripción en este programa entre individuos, organizaciones y agencias que participan en Shifa Clinic.)

* I will quickly supply information to Shifa Clinic staff when I am asked.

(Enviaré rápidamente información al personal de la Clínica Shifa cuando me lo pidan.)

* I understand that some of the care I need may not be available through Shifa Clinic.

(Entiendo que algunos de los cuidados que necesito pueden no estar disponibles a través de Shifa Clinic.)

* I assume responsibility of services I receive through the Shifa Clinic are not covered by this program.

(Asumo la responsabilidad de los servicios que recibo a través de la Clínica Shifa que no están cubiertos por este programa.)

* I will apply for Medicaid, Medicare, Social Security, or other assistance programs if Shifa Clinic determines I may be eligible for such programs; application may be a condition of enrollment.

(Solicitaré Medicaid, Medicare, Seguridad Social u otros programas de asistencia si Shifa Clinic determina que puedo ser elegible para dichos programas; La solicitud puede ser una condición de inscripción.)

* If I start to receive Medicaid, Medicare, or other health insurance, I will inform Shifa Clinic.

(Si comienzo a recibir Medicaid, Medicare u otro seguro de salud, informaré a la Clínica Shifa.)

* If my address or phone number changes, I will provide that information to Shifa Clinic.

(Si mi dirección o número de teléfono cambia, proporcionaré esa información a Shifa Clinic.)

* I understand that emergency room, prescriptions, and ambulance costs are not covered by this program.

(Entiendo que este programa no cubre los costos de la sala de emergencias, medicamentos recetados y ambulancia.)

* I understand that Shifa Clinic is not a medical provider and that I must obtain medical records from my medical provider.

(Entiendo que Shifa Clinic no es un proveedor médico y que debo obtener registros médicos de mi proveedor médico.)

**I promise that:**(prometo que)

* I am a permanent resident of Mecklenburg County.

(Soy residente permanente del condado de Mecklenburg.)

* I will coordinate all other care through my primary care provider.

(Coordinaré todos los demás cuidados a través de mi proveedor de atención primaria.)

* I will follow my treatment plan.

(Seguiré mi plan de tratamiento.)

* I will treat health care providers and staff with respect and give them my full attention during appointments.

(Trataré a los proveedores de atención médica y al personal con respeto y les prestaré toda mi atención durante las citas.)

* I will thank my health care provider(s).

(Agradeceré a mi (s) proveedor (es) de atención médica.)

* The information I have given is accurate and complete to the best of my knowledge.

(La información que he dado es precisa y completa a mi leal saber y entender.)

Print Full Legal Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Imprimir el nombre legal completo) (Fecha)

Signature\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma) (Fecha de nacimiento)