



301 LINVILLE STREET
P.O. BOX 837
GLEN ALPINE, NC 28628

Historia del Paciente

Nombre _____ Fecha _____

Por favor llene la siguiente informacion sobre su historia familiar:

Vive? Pariente Edad o a que edad murio Problemas de salud o causa de muerte

_____ Padre _____
_____ Madre _____
_____ Hermana _____
_____ Hermano _____
_____ Abuelos _____
_____ Hijo _____
_____ Hija _____

Otra historia Familiar? _____

Con quien vive usted? _____

Estado Civil _____

Educacion _____

Ocupacion _____

Usted Fuma? _____ no _____ si Cuantos paquetes al dia _____

Usted toma café, te, o bebidas con cafeina? _____ no _____ si Cuantos al dia? _____

Ud. bebe alcohol? _____ no _____ si Cuanto al dia? _____

Ud.toma drogas? _____ no _____ si

Ud. hace ejercicio? _____ no _____ si

Ud. es activo (a) sexualmente? _____ no _____ si

Ud. lleva una dieta especial en sus alimentos? _____ no _____ si C Que clase? _____

Ud. usa su cinturon de seguridad? _____ no _____ si

Hay armas de fuego en su casa? _____ no _____ si

Cuales son sus pasatiempos? _____

Tiene todas sus vacunas? _____ no _____ si _____ C Ud. no sabe

Ud. tiene lo suficiente para vivir? _____ no _____ si

Es ud. un donador de organos? _____ no _____ si

Ud. ha sido hospitalizado o ha tenido alguna operacion (cirugia)? _____ no _____ si

Si Su respuesto es si, anotela en la linea.

Fecha Razon de la hospitalizacion/operacion



TABLE ROCK FAMILY MEDICINE

Informacion del Paciente

Gracias por elegir nuestra oficina! Para servirle apropiadamente, nosotros necesitamos la siguiente informacion. Por favor, escriba con letra de molde. Todo la informacion, sera confidencial.

Fecha _____ Nombre del paciente _____ Telefono de su casa _____
Numero de Seg Social _____ Masculino _____ Femenino _____ Fecha de nac _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Cod Postal _____
Marque correctamente su estado civil actual __ menor __ soltero __ casado __ divorciado __ viudo __ separado
Paciente o padres empleados _____ Telefono de su trabajo _____
Direccion del trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Cod Postal _____
Nombre de los padres o esposa _____ Nombre de la empresa _____
Telefono de la empresa _____
A quien podemos llamar en caso de emergencia? _____

Parte Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____ Relacion con el paciente _____
Direccion _____ Telefono _____
No. de licencia de manejo _____ Fecha de nac. _____
Empresa donde trabaja _____ Telefono _____
Esta persona es paciente actual de esta oficina? __ si __ no

Table with 3 columns: Otros miembros dela familia vistos en esta oficina, Fecha de nac, Relacion. Rows for Name, Date of Birth, and Relationship.

Yo _____ autorizo, que den a conocer cualquier informacion, con respecto al estado de salud de mi hijo(a) consejos, o tratamientos a esta persona(s).
Nombre _____ Nombre _____
Nombre _____ Nombre _____

Su privacidad de salud es nuestra importancia, y el derecho que se merece tener.
A quien podemos contactar y dejar saber sobre sus resultados.
Nombre _____ Nombre _____
Nombre _____ Nombre _____

Yo, autorizo por este medio los pagos del benecicio del seguro, de otra forma yo pagare directamente al doctor.

Firma del Paciente o Padre del menor

Fecha



301 LINVILLE STREET
P.O. BOX 837
GLEN ALPINE, NC 28628

Yo, _____, autorizo a Table Rock Medicina Familiar para obtener y/o dar a conocer mi informacion medica a las personas mencionadas abajo. Yo entiendo y estoy de acuerdo que mis registros medicos puedan ser enviados por Fax si es necesario.

Enviar el registro a:

Nombre: _____
Direccion: _____

Nombre: _____
Direccion: _____

Obtener el registro de:

Nombre: _____
Direccion: _____

Nombre: _____
Direccion: _____

Realizar el registro a:

Nombre: _____
Direccion: _____

Nombre: _____
Direccion: _____

Firma del paciente Fecha de nac. Domicilio Particular

Firma del Padre a Tutor Relacion con el paciente Fecha

It is understood that the above information to be released to Table Rock Family Medicine, PLLC is fully protected by the laws establishing the confidentiality of information acquired by Table Rock Family Medicine, PLLC.

Authorization must be signed both by the patient and the nearest relative/guardian if patient is under 18 years of age or by the nearest relative/guardian if patient is incompetent or otherwise incapacitated.



TABLE ROCK FAMILY MEDICINE
301 LINVILLE ST, PO BOX 837, GLEN ALPINE, NC 28628
828-584-2481

CONTRATO PARA SUSTANCIAS DE USO CONTROLADO

Medicamentos o sustancias de uso controlado (tales como: tranquilizantes, Narcóticos y barbitúricos) resultan de mucha ayuda pero tienen un gran potencial de uso indebido y, están restringidos y controlados y con un seguimiento muy de cerca, de parte de la localidad, el Estado y, el Gobierno Federal. La intención de estas sustancias de uso controlado es de aliviar el dolor, mejorar las funciones y habilidades para desarrollar el trabajo, no simplemente para sentirse bien.

Porque mi Medico me esta prescribiendo o puede prescribirme en el futuro este tipo de medicamento para ayudar mi condición; yo convengo y estoy de acuerdo con las siguientes condiciones:

1. Yo, designare una Farmacia para las prescripciones de Sustancias de Uso Controlado: _____
2. Yo soy responsable por mis medicamentos y sustancias de uso controlado. Si la prescripción o los medicamentos son dejados en un lugar indebido, robados o consumidos antes del tiempo por el que ha sido hecha esta prescripción. Yo entiendo que no serán reemplazados.
3. Yo no solicitare o aceptare Medicinas o Sustancias de Uso Controlado de ningún otro Medico o Individuo mientras este recibiendo esa medicina de Table Rock Family Medicine.
4. El relleno o reemplazos de medicamentos o sustancias de uso controlado serán hechos únicamente durante las horas regulares de oficina. Estos rellenos o reemplazos no pueden ser hechos en las noches, días feriados o fines de semana o si ha sido cancelada mi cita.
5. Cuando sea requerido o solicitado, traeré los recipiente de todos los medicamentos o sustancias de uso controlado que han sido prescritos por Table Rock Family Medicine incluso si no quedan restos de medicina . Esto será en los recipientes originales de la Farmacia , por cada medicamento, con la fecha mas reciente.
6. Yo entiendo y comprendo que si llego a violar alguna de las condiciones arriba mencionadas, la prescripción de mis sustancias o Medicamentos de Uso Controlado y/o tratamiento con Table Rock Family Medicine, se dará por terminada.si la violación envuelve obtención de medicamentos o sustancias de uso controlado de parte de otro Medico, como se ha descrito arriba, Yo puedo ser reportado a mi Medico, oficina de Servicios Médicos , u otras autoridades.
7. Yo estoy de acuerdo en acudir a exámenes periódicos de droga , hechos al azar, cuando el Médico o proveedor así lo crea necesario.

Yo he sido totalmente informado (a) por Table Rock Family Medicine y su grupo de Médicos y/o ayudantes en relación a la dependencia psicológica (adicción) de sustancias controladas, lo cual entiendo es raro. Yo se que algunas personas pueden desarrollar tolerancia, lo cual implica la necesidad de aumentar la dosis de medicamento con la intención de controlar el dolor, y así mismo se que me volveré físicamente dependiente del medicamento. Esto ocurrirá si estoy bajo el consumo de medicamentos por varias semanas. Cuando decida parar o terminar el consumo de medicamentos, debe hacerse lentamente y bajo supervisión Medica o puede traer un gran numero de consecuencias o síntomas alternos.

He leído este contrato y me ha sido explicado por el grupo de trabajadores de Table Rock Family Medicine. Entiendo y comprendo completamente las consecuencias de violar este contrato.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Testigo

Fecha



Política de pago para Table Rock Medicina Familiar

Gracias por elegirnos como su proveedor de cuidado primario. Nosotros estamos obligados a proveerle a ud calidad y un cuidado medico que ud pueda pagar. Por que algunos de nuestros pacientes han tenido preguntas con respecto al paciente y a la responsabilidad del seguro para los servicios que se le brinden. Nosotros hemos desarrollado esta Política de pago. Por favor lealo, haganos cualquier pregunta que ud pueda tener, y firme en el espacio correspondiente. Una copia sera proporcionada para ud por requerimiento.

- 1. Seguro.** Nosotros participamos en la mayoría de los planes de seguro. Si usted esta con una compania de seguro que no hace negocios con nosotros, el pago completo es esperado en cada visita. Si usted tiene un seguro con el que nosotros podemos hacer negocios, pero no tiene una tarjeta actualized de seguro, el pago completo por cada visita es requerido, hasta que nosotros podamos verificar que esta cubierto.
- 2. Co-pagos y Deducibles.** Todos los pagos y los deducibles tienen que ser pagados totalmente, a la hora del servicio. Este arreglo es parte de su contrato con su compania de seguro. Faltas de nuestra parte de recoger co-pagos y deducibles de paciente, se considera fraude. Por favor ayudenos a mantener la ley, pagando su co-pago en cada visita. Nosotros aceptamos efectivo, cheques, y tarjetas de credito. Hay un cargo de \$25.00 dolares para todos los cheques devueltos.
- 3. Servicios no cubiertos.** Usted debe saber, que no todos los servicios que usted recibe pueden ser cubiertos o no considerados razonablemente o necesarios por Medicare u otros seguros. Ud debe de pagar por completo los servicios a la hora de la consulta.
- 4. Prueba de seguro.** Todos los pacientes deben llenar la hoja de informacion sobre el paciente antes de entrar a ver al doctor. Nosotros debemos de obtener una copia de su tarjeta de seguro actual para corroborar que su numero de seguro es correcto. Si usted no acepta darnos su informacion de su seguro correcto en un tiempo razonable, usted puede ser responsable por la cuenta del servicio.
- 5. Reclamo de conformidad.** Nosotros podremos presentar todos los reclamos en una manera oportuna, apesar de la participacion con su compania de seguro, y ayudarle a ud. De cualquier modo, nosotros, razonablemente podemos ayudarle a conseguir el reclamo de sus pagos. Su compania de Seguro puede ayudarlo con cierta informacion directamente. Es su responsabilidad de cumplir con lo que le solicitan. Por favor este consciente que el balance de su reclamo es su responsabilidad sea o no que su compania de Asegurancia pague su reclamo. Sus beneficios de Seguro es un contrato entre ud. y su compania de Seguro; nosotros no somos parte de ese contrato.
- 6. Cambios de Cobertura.** Si ud. cambia de Seguro, por favor notifiquenos en la siguiente visita, para que nosotros podamos hacer los cambios apropiados para ayudarle a recibir los maximos beneficios. Si su compania de Seguro no paga su reclamo en 45 dias, el balance sera automaticamente pagado por ud.
- 7. Falta de Pago.** Si su cuenta se pasa mas de 90 dias, ud. Va a recibir una carta en donde dice que ud. Tiene 20 dias para pagar su cuenta por completo. Los pagos parciales no seran aceptados a menos que sean discutidos con el departamento de impuestos. Por favor este consciente que si un balance sigue sin pagar, nosotros podamos referir su cuenta a una agencia de impuestos y usted y sus miembros de familia no podran recibir mas nuestros servicios. Si esto llega a pasar, usted sera notificado por correo certificado que, usted tendra 30 dias para encontrar otro lugar que le pueda brindar servicios. Durante ese periodo de 30 dias, nuestros proveedores solo seran capaces de atenderlo en caso de emergencia. Cualquier cargo adicional permitido por la ley, sera la responsabilidad del paciente.
- 8. Citas Perdidas.** nosotros mandaremos un recordatorio, cuando una cita sea perdida, pidiendole que llame para cambiar su cita. Si sus citas son perdidas repetidamente, ud. y sus miembros de familia, no podran recibir mas nuestros servicios. Si esto ocurre, ud. sera notificado por correo certificado que ud. Tiene 30 dias para encontrar otro lugar que le pueda brindar servicios. Durante ese periodo de 30 dias, nuestros proveedores solo seran capaces de atenderlo en caso de emergencia.
- 9. Incapacidad y formas de seguro.** Nosotros cobramos 10 dolares por cada forma que sea llenada. Los pagos seran hechos antes de que las formas sean devueltas al paciente.
- 10. Accidentes de vehiculos de motor.** Cuando vaya a ver a un proveedor, por un accidente de vehiculo motorizado o algun problemas relacionado, el pago, sera efectuado a la hora de servicio. Nosotros proveeremos cualquier informacion necesitada para ayudarlo a recibir el pago del seguro del auto.

Nuestra practica esta comprometida para proveer el mejor tratamiento para nuestros pacientes. Nuestros precios que son representativos de los cargo usuales y habituales en nuestra area. Gracias por entender nuestros reglamentos de pago. Por favor dejenos saber si ud. tiene alguna pregunta o alguna inquietud.

Yo he leído y entiendo el reglamento de pago y estoy de acuerdo en respaldar estos principios.

Firma del paciente o persona responsable

Fecha