



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.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nac:** \_\_\_\_\_

NO  SI HA ESTADO HOSPITALIZADO/TENIDO CIRUGIA/ENFERMEDAD EN ESTE PASADO AÑO? (SI RESPONDIO SI EXPLIQUE POR FAVOR)

**ALERGIAS:**  Ningun  Codeina  Penicilina  Yodo  Comida(s)  OTRO  
 Latex  Morfina  Sulfa  Aspirina  Picadura de avispa

**MEDICAMENTOS:** Favor de traer todos sus medicamentos a su cita medica. Esto incluye medicamentos sin receta.

**CIRUGIAS O PROCEDIMIENTOS PREVIAS: (indica fecha aproximada)**

<input type="checkbox"/> Apendectomia <input type="checkbox"/> Colonoscopia _____(año) <input type="checkbox"/> Vasicula Biliar <input type="checkbox"/> Amigdolectomia <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Ceno <input type="checkbox"/> Cirugia estética/plástica <input type="checkbox"/> Dilatación y Curetaje	<input type="checkbox"/> Laparoscopia <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas <input type="checkbox"/> Histeroscopia <input type="checkbox"/> Ablacion endometrial <input type="checkbox"/> Histerectomía, parcial o total <input type="checkbox"/> Ovarios –eliminación de uno o ambos ovarios <input type="checkbox"/> Extensión de uretra <input type="checkbox"/> Cirugía de vejiga	<input type="checkbox"/> Cirugía de la obesidad <input type="checkbox"/> Litotricia (piedras del riñon) <input type="checkbox"/> Cirugía Ortopédica (espalda, rodilla, cadera, etc) <input type="checkbox"/> Cirugía de la tiroides <input type="checkbox"/> Cirugía sinusal <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón <input type="checkbox"/> Reparación de la hernia <input type="checkbox"/> Cirugía de hemorroides
--	---	---

**NOMBRA ALGUNA OTRA CIRUGÍA U**

**HOSPITALIZACIÓN:**

**HISTORIA MEDICA:** (indica si usted ha tenido alguna de estas problemas medicas con la fecha aproximada del diagnostico)

<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Problemas con anestesia <input type="checkbox"/> Desorden de la ansiedad <input type="checkbox"/> El asma <input type="checkbox"/> Trastorno de deficit de atención <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre (piernas/pulmones) <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Cáncer de cualquier tipo <input type="checkbox"/> La dependencia quimica o el Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Dolor crónico <input type="checkbox"/> El sindroma de fatiga crónica	<input type="checkbox"/> Pólipos en el colón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Celiaquía <input type="checkbox"/> Depresión que requiere Orientación o medicamentos <input type="checkbox"/> Depresión posparto <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia (convulsiones) <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza, crónico <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza, migraña	<input type="checkbox"/> Ataque del corazon <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco <input type="checkbox"/> Problemas de audición <input type="checkbox"/> Hepatitis (A, B, C, otro) <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Presion arterial alta <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Piedras del riñon <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula <input type="checkbox"/> Osteoartritis <input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> Reflujo (reflujo acido) <input type="checkbox"/> Apnea del sueño <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel <input type="checkbox"/> Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Ulcera del estómago <input type="checkbox"/> Trastorno de tiroides <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Varices <input type="checkbox"/> Problemas de peso – Obesidad
--	--	--	---

Estado Civil  Soltero  Separado  Casado  Divorciado  Viudo

**HISTORIA FAMILIAR:**  Fui adoptado  No se mi historia familiar

	Madre	Padre	Hijos(as)	Hermana(s)	Hermano(s)	Tia(s)/Tio(s)	Abuelos
Cáncer del ceno	<input type="checkbox"/>						
Cáncer del colon	<input type="checkbox"/>						
Cáncer ovárico	<input type="checkbox"/>						
Cáncer uterino	<input type="checkbox"/>						
Cáncer cervical	<input type="checkbox"/>						
Cáncer, otro	<input type="checkbox"/>						
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>						
Diabetes	<input type="checkbox"/>						
Hipertensión	<input type="checkbox"/>						
Enfermedad cardiaca	<input type="checkbox"/>						
Enfermedad del riñon	<input type="checkbox"/>						
Enfermedad genetica	<input type="checkbox"/>						

**OTROS ANTECEDENTES FAMILIARES PERTINENTES:**

Consumo de Alcohol	<input type="checkbox"/> Nunca he usado alcohol	<input type="checkbox"/> He dejado de usar alcohol	<input type="checkbox"/> Bebedor social de alcohol	<input type="checkbox"/> Menos de 2 cada dia/semana	<input type="checkbox"/> Diario
Consumo de tabaco	<input type="checkbox"/> Nunca he usado productos de tabaco	<input type="checkbox"/> He dejado de usar	<input type="checkbox"/> Yo uso productos de tabaco	<input type="checkbox"/> <b>Me gustaria dejar de fumar</b>	
Consumo de Drogas ilicitas	<input type="checkbox"/> Nunca he usado drogas ilicitas	<input type="checkbox"/> He dejado de usar drogas ilicitas	<input type="checkbox"/> Yo consume drogas ilicitas	<input type="checkbox"/> He usado drogas inyectables	<input type="checkbox"/> Tengo o he tenido problemas de droga
Educacion	Eres un estudiante? <input type="checkbox"/> Escuela Primaria <input type="checkbox"/> Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> Colegio	<input type="checkbox"/> Graduado de escuela Secundaria	<input type="checkbox"/> Certificado del GED	<input type="checkbox"/> Graduado del Colegio	<input type="checkbox"/> Licenciatura Superior o Titulo Superior
Occupacion	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Jubilado

**REVISION DE SISTEMAS :** Favor de comprobar cualquiera de los siguientes SINTOMAS que esta experimentando o ha experimentado.

Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Perdida de peso			
<input type="checkbox"/> Problemas de vision	<input type="checkbox"/> Vision borrosa	<input type="checkbox"/> Problemas de audicion	<input type="checkbox"/> Hemorragias	<input type="checkbox"/> Zumbido de oidos
<input type="checkbox"/> Salpullido	<input type="checkbox"/> Cambios en lunares de piel	<input type="checkbox"/> Crecimiento de cabello inusual		
<input type="checkbox"/> Bultos en los cenos	<input type="checkbox"/> Dolor en los cenos	<input type="checkbox"/> Descarga de los pezones		
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Palpitaciones/latido irregular	<input type="checkbox"/> Hinchazon de los tobillos	<input type="checkbox"/> Soplo cardiaco en la edad adulta	<input type="checkbox"/> Tos con sangre
<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar		<input type="checkbox"/> Tos cronica		
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal -de arriba	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal- de abajo	<input type="checkbox"/> Materia fecal con Sangre o de color negro	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Constipacion
<input type="checkbox"/> Nausea/Vomito	<input type="checkbox"/> Hinchazon	<input type="checkbox"/> Flatulencia/Gas	<input type="checkbox"/> Cambio en apetito	<input type="checkbox"/> Acidez
<input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria	<input type="checkbox"/> Urgencia urinaria	<input type="checkbox"/> Dolor al orinar	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Perdida de orina
<input type="checkbox"/> Dificultad al orinar		<input type="checkbox"/> Levantarse frecuente de noche para orinar		
<input type="checkbox"/> Dolores musculares	<input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Rigidez	
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Convulsiones/Ataques	<input type="checkbox"/> Desmayo/ Desvanecimiento	<input type="checkbox"/> Alteracion de la memoria	<input type="checkbox"/> Entumecimiento en las extremidades
<input type="checkbox"/> Intolerancia al frio	<input type="checkbox"/> Intolerancia al calor	<input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Perdida de cabello	<input type="checkbox"/> Sofocos
	<input type="checkbox"/> Sudores nocturnos		<input type="checkbox"/> Sudor excesivo	
<input type="checkbox"/> Ansiedad/ panico	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Incapacidad para concentrarse	<input type="checkbox"/> Pensamientos de suicidio	
<input type="checkbox"/> Facil aparicion de moretones	<input type="checkbox"/> Sangrado prolongado	<input type="checkbox"/> Inflamación de los ganglios		

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Doctor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

# TABLE ROCK FAMILY MEDICINE

## Informacion del Paciente

www.tablerockfamilymedicine.com

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? \_\_\_\_\_

### Persona Responsable / Informacion del seguro- por favor presentar la tarjeta del seguro

Nombre de la persona responsable de esta cuenta \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona encargada de la poliza del seguro \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_  
Fecha de nac. de la persona de la poliza \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona del seguro secundario \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_  
Fecha de nac. de la persona en la poliza #2 \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_  
Patrono \_\_\_\_\_ Num. de trabajo \_\_\_\_\_  
Esta persona es paciente actual de esta oficina?  si  no

### Otros miembros dela familia vistos en esta oficina

Nombre	Fecha de nac	Relacion
Nombre _____		
Nombre _____		

Yo soy el tutor legal de \_\_\_\_\_ y yo por este medio autorizo la persona(s) que asigne, nombrado en la parte inferior para tratamiento medico de mi hijo cuando yo no este aqui.

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Nuestro aviso de privacidad al cliente provee informacion acerca de como nosotros podemos usar y proteger su informacion de salud. Tambien proporciona informacion sobre su derecho como paciente de nuestra clientela y con aquien usted puede comunicarse para inquirir sus preguntas sobre nuestra privacidad al cliente.

Yo autorizo a Table Rock Family Medicine a dar a conocer mis resultados o informacion medico con:

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Yo he tenido la oportunidad de leer y o adquirir una copia del aviso de privacidad al cliente.

Yo autorizo disponibilidad de mi informacion de mi (o mis hijos) acerca del cuidado de salud, consejos y tratamiento para proveer cualquier proposito de evaluacion y administracion del beneficio del seguro. Yo tambien por este medio autorizo los pagos de beneficios del seguro de otro modo yo hare los pagos directamente al doctor.

Firma del Paciente o Padre del menor

Fecha



**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