

List Past Hospitalizations (include dates) Enumere las hospitalizaciones anteriores (incluya las fechas) _____

List Past Operations (include dates) Enumerar operaciones pasadas (incluir fechas)

Have you or any blood relative had: ¿Usted o algún pariente consanguíneo ha tenido:

	<u>SELF</u> <u>USTED</u>	<u>RELATIVES</u> <u>PARIENTES</u>	<u>EXPLAIN</u> <u>EXPLIQUE</u>
Diabetes Diabetes	Yes ___ No ___	Yes ___	_____
High Blood Pressure Presión arterial alta	Yes ___ No ___	Yes ___	_____
Heart Trouble Problemas cardíacos	Yes ___ No ___	Yes ___	_____
Stroke accidente cerebrovascular	Yes ___ No ___	Yes ___	_____
Cancer	Yes ___ No ___	Yes ___	_____
Headaches Dolores de cabezas	Yes ___ No ___	Yes ___	_____
Tuberculosis	Yes ___ No ___	Yes ___	_____
Asthma Asma	Yes ___ No ___	Yes ___	_____
Emphysema enfisema pulmona	Yes ___ No ___	Yes ___	_____
Ulcers Ulceras	Yes ___ No ___	Yes ___	_____
Bowel Problems Problemas intestinales	Yes ___ No ___	Yes ___	_____
Kidney Disease Problemas de Rinones	Yes ___ No ___	Yes ___	_____
Anemia/Bleeding Anemia o sangrado	Yes ___ No ___	Yes ___	_____
Hepatitis	Yes ___ No ___	Yes ___	_____

By my signature below, I acknowledge and fully agree to the following matters:

1. That I am requesting and desire to receive medical, dental, pharmacy, chiropractic or physical therapy care at The CARE Clinic of Fayetteville, North Carolina, from one of the volunteer health care providers, students, physicians, dentists, physician assistants, nurse practitioners, nurses, nursing assistants, pharmacists, chiropractors, physical therapists, etc., who are part of the medical care staff of The CARE Clinic of Fayetteville, North Carolina.
2. That I understand that all such health care, medical, dental, pharmacy, chiropractic and/or physical therapy services will be provided to me completely free and without any charge to me whatsoever.
3. That as an inducement and to encourage those health care providers to provide free medical, dental, pharmacy, chiropractic and/or physical therapy care to me, and in consideration for receiving such medical and/or dental services, I hereby release and hold harmless The CARE Clinic and any health care provider who may provide any medical, dental, pharmacy, chiropractic and/or physical therapy service to me from liability for any injury I may receive as a result of the free medical, dental, pharmacy, chiropractic and/or physical therapy services I may receive whether caused by inadvertence, neglect, or accident.
4. That I (the patient) am ___ years of age and I am either able to read this document or I have had this document read to me by the witness/reader whose name appears below. I understand this document and have been given the opportunity to ask questions and receive answers.

_____	_____	_____
Date	Time	Patient's Printed Name

		Patient's Date of Birth

		Adult Patient/Parent/Legal Guardian's Signature
_____	_____	_____
Date	Time	Reader/Witness

Con mi firma a continuación, reconozco y estoy totalmente de acuerdo con los siguientes asuntos:

1. Que estoy solicitando y deseo recibir atención médica, dental, farmacéutica, quiropráctica o de fisioterapia en The CARE Clinic de Fayetteville, Carolina del Norte, de uno de los proveedores voluntarios de atención médica, estudiantes, médicos, dentistas, asistentes médicos, enfermeras practicantes, enfermeras, enfermeras asistentes, farmacéuticos, quiroprácticos, fisioterapeutas, etc., que forman parte del personal de atención médica de The CARE Clinic de Fayetteville, Carolina del Norte.
2. Que entiendo que todos los servicios de atención médica, médicos, dentales, farmacéuticos, quiroprácticos y / o de fisioterapia se me proporcionarán de manera completamente gratuita y sin ningún cargo para mí.
3. Como incentivo y para motivar a los proveedores de atención médica a proporcionar servicios gratuitos de atención médica, dental, farmacéutica, quiropráctica y/o de fisioterapia para mí, y en consideración para recibir dichos servicios médicos y/o dentales, por la presente libero y eximo de responsabilidad a The CARE Clinic y cualquier proveedor de atención médica que pueda proporcionar cualquier servicio dental, farmacéutico, quiropráctico y/o de fisioterapia a mí de la responsabilidad por cualquier lesión que puedo recibir como resultado de la atención médica, dental, farmacéutica, quiropráctica y/o gratuita servicios de fisioterapia que puedo recibir, ya sea causados por inadvertencia, negligencia o accidente.
4. Que yo (el paciente) tengo _____ años de edad y soy capaz de leer este documento o He hecho que este documento me sea leído por el testigo/lector cuyo nombre aparece a continuación. Yo entiendo este documento y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas.

_____	_____	_____
Fecha	Hora	Nombre impreso del paciente

		Fecha de nacimiento del paciente

		Firma del paciente adulto/padre/tutor legal
_____	_____	_____
Fecha	Hora	Lector/Testigo

CONTRATO DEL PACIENTE y FORMULARIO DE LIBERACIÓN The CARE Clinic Rev 10/16