



5407 ANDREWS HWY
ODESSA, TEXAS 79762
PHONE: (432) 530-7345 or (432) 312-2491
FAX: (432) 400-1415

FECHA: _____

Nuevo miembro del DPC () Sí () No

DEMOGRAFÍA DE LOS PACIENTES

NOMBRE COMPLETO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

GÉNERO: __ MUJER __ MASCULINO ¿TIENES UN DIRECTIVO AVANZADO (TESTAMENTO VITAL __ SÍ __ NO

DIRECCIÓN DOMICILIARIA: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO PRINCIPAL: _____ Mobile _____ Work _____ Other _____

PERMISO DE CONDUCIR #: _____ ESTADO DE _____

NECESITAS ENVIAR UNA COPIA O FOTO DE TU TARJETA DE SEGURO (DELANTERA Y TRASERA) *****

NOMBRE DEL SEGURO: _____ NÚMERO DE SUScriptor: GRUPO #: _____

REFERIDO POR: _____ ¿CÓMO SUPISTE DE NOSOTROS? _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ RELACIÓN: _____ TELÉFONO #: _____

ENUMERA CUALQUIER PROBLEMA MÉDICO ACTUAL O ENFERMEDAD CRÓNICA

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |
| 7. _____ | 8. _____ |
| 9. _____ | 10. _____ |

HAZ UNA LISTA DE CUALQUIER MÉDICO Y/O PROFESIONAL QUE VEAS ACTUALMENTE

NOMBRE: _____ ESPECIALIDAD: _____

NOMBRE: _____ ESPECIALIDAD: _____

NOMBRE: _____ ESPECIALIDAD: _____



HAZ UNA LISTA DE CUALQUIER MEDICAMENTO QUE TOMES HABITUALMENTE, INCLUSO LOS DE VENTA LIBRE

NOMBRE	FUERZA	DIRECCIÓN	PRESCRITO POR

ENUMERA CUALQUIER ALERGIA A MEDICAMENTOS, COLORANTES DE RAYOS X O ALIMENTOS

1. _____ 3. _____
 2. _____ 4. _____

ENUMERA CUALQUIER CIRUGÍA O HOSPITALIZACIÓN PASADA

1. _____ AÑO: _____ 4. _____ AÑO: _____
 2. _____ AÑO: _____ 5. _____ AÑO: _____
 3. _____ AÑO: _____ 6. _____ AÑO: _____

LISTA CUALQUIER ENFERMEDAD INFANTIL

1. _____ 3. _____
 2. _____ 4. _____

ENUMERA PROBLEMAS DE SALUD Y CAUSAS DE MUERTE SI PROCEDE

VIVOS / FALLECIDOS	EDAD	PROBLEMAS MÉDICOS
PADRE: _____	_____	_____
MADRE: _____	_____	_____
HERMANO(S): _____	_____	_____
_____	_____	_____
HERMANA(S): _____	_____	_____
_____	_____	_____
PADRE MATERNO: _____	_____	_____
MADRE MATERNA: _____	_____	_____
PADRE PATERNO: _____	_____	_____

MADRE PATERNA: _____



ANOTA EL ÚLTIMO AÑO QUE TUVISTE LO SIGUIENTE, PON N/A SI NO LO HAS HECHO

COLONOSCOPIA: _____ AÑO: _____ VACUNA DE LA FLU: _____ AÑO: _____

MAMMOGRAM: _____ AÑO: _____ TETANOS: _____ AÑO: _____

SEZCA DE PAP: _____ AÑO: _____ NEMONÍA: _____ AÑO: _____

DENSIDAD ÓSEA: _____ AÑO: _____ COVID: _____ AÑO: _____

EXAMEN DE PRÓSTATA: _____ AÑO: _____ OTROS: _____

HISTORIA SOCIAL

CONSUME ALCOHOL: ___ SÍ ___ NO CANTIDAD: ___ DIARIO ___ SEMANAL ___ MENSUAL ___
SOCIAL _____

FUMAR: ___ SÍ ___ NO ACTUALIDAD: _____ ANTIGUOS: _____ CANTIDAD: _____

EJERCICIO: ___ SÍ ___ NO A MENUDO: _____ CARDIO: _____ PESOS: _____

ESTADO CIVIL: ___ CASADOS ___ SINGLE ___ DIVORCIADOS ___ VIUDA ___ OTROS

OCUPACIÓN: _____ EMPRESA: _____

FARMACIA: _____ FARMACIA POR CORREO: _____

MOTIVO DE LA VISITA: _____



CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE GAD - 7

EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿CON QUÉ FRECUENCIA TE HAN MOLESTADO LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso, ansioso o al borde?	0	1	2	3
2. ¿No poder dejar de preocuparse o no controlar la preocupación?	0	1	2	3
3. ¿Preocuparte demasiado por cosas diferentes?	0	1	2	3
4. ¿Problemas para dormir?	0	1	2	3
5. ¿Estar tan inquieto que es difícil estar quieto?	0	1	2	3
6. ¿Te estás volviendo fácilmente molesto o irritable?	0	1	2	3
7. ¿Sentir miedo como si pudiera pasar algo terrible?	0	1	2	3
AÑADIR COLUMNAS				
TOTAL				

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ - 9)

EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿CON QUÉ FRECUENCIA TE HAN MOLESTADO LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. ¿Poco interés o placer en hacer cosas?	0	1	2	3
2. ¿Te vas a caer, deprimido o sin esperanza?	0	1	2	3
3. ¿Problemas para quedarte dormido, mantener el sueño o dormir demasiado?	0	1	2	3
4. ¿Te sientes cansado o tienes poca energía?	0	1	2	3
5. ¿Falta de apetito o comer en exceso?	0	1	2	3
6. ¿Te sientes mal contigo mismo o que eres un fracaso o que te has defraudado a ti mismo o a tu familia?	0	1	2	3
7. ¿Problemas para concentrarte en cosas, como leer el periódico, ver la televisión o desplazarte en el móvil?	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan despacio o rápido que otras personas podrían haberse dado cuenta. Estar tan inquieto o inquieto que te has estado moviendo mucho más de lo habitual.	0	1	2	3
9. ¿Pensamientos de que estarías mejor muerto o de hacerte daño?	0	1	2	3

AÑADIR COLUMNAS				
TOTAL				



Formulario de autorización de tarjeta de crédito

Por favor, completa TODOS los campos. Puedes cancelar esta autorización en cualquier momento contactándonos. Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea cancelada.

Información de tarjetas de crédito
Nombre del titular: ☐ Master Card. ☐ VISA ☐ DESCUBRIR ☐ AMEX ☐ Otros
Nombre del titular de la tarjeta (tal como se muestra en la tarjeta): _____
Número de tarjeta: _____ CVV: _____
Fecha de caducidad (mm/año): _____
Código postal del titular de la tarjeta (de la dirección de facturación de la tarjeta de crédito): _____

I, _____, autorizar **a ALVA FAMILY PRACTICE** a cobrar a mi tarjeta de crédito arriba por compras acordadas y tarifas automáticas como membresías, etc. Entiendo que mi información se guardará para poder registrar futuras transacciones en mi cuenta.

Firma del cliente

Fecha

Imprimir la firma del cliente



Política de no presentarse

Programamos nuestras citas para que cada paciente reciba el tiempo adecuado para ser atendido por nuestro personal. Por eso es muy importante que cumplas con tu cita programada con nosotros y llegues puntualmente.

Como cortesía y para ayudar a los pacientes a recordar sus citas programadas, Alva Family Practice envía mensajes de texto y recordatorios por correo electrónico antes de la cita.

Si su horario cambia y no puede asistir a nuestra cita, por favor contáctenos para que podamos reprogramarle y atender a los pacientes que están esperando una cita. Como cortesía para nuestra consulta, así como para aquellos pacientes que esperan para citar con el médico, por favor danos al menos 24 horas de antelación.

Si no cancelas o reprogramas tu cita con al menos 24 horas de antelación, podríamos aplicar un cargo de servicio de 25,00 \$ "NO PRESENTACIÓN" en tu cuenta. Después de la segunda ausencia se te cobrará una tarifa de 50,00 dólares.

Tras tres "No Presentaciones" consecutivas a tu cita, nuestra consulta puede decidir terminar su relación contigo.

Entiendo la política de "No presentarse" de Alva Family Practice y **acepto proporcionar una tarjeta de crédito para conservar en el archivo**, que puede cobrar 25,00 \$ o 50,00 \$ por cualquier falta de cita programada. Entiendo que debo cancelar o reprogramar cualquier cita con al menos 24 horas de antelación para evitar un posible cargo por no presentarme a la tarjeta de crédito proporcionada.

____ Entiendo que, como paciente nuevo que llega a mi primera cita, seguiré teniendo en cuenta el pago de la "Tasa de No Presentación" si no hago la llamada por adelantado.

____ Entiendo que me cobrarán una tarifa no reembolsable de 125,00 dólares en el momento de la cita inicial.

Firma del paciente: _____

Imprimir la firma del paciente: _____

Fecha: _____



Formulario de Autorización Médica

Nombre del paciente: _____

D.O.B.: _____ SSN: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Zip: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Información solicitada a

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Zip: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

I, _____, Por la presente concedo permiso para que usted divulgue información sanitaria confidencial sobre mí, facilitando una copia de mi historial médico, resumen o relato de mi información sanitaria protegida, al médico/persona o centro mencionado anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____

Enviar información a:

Alva Family Practice

5407 Andrews Hwy

Odessa Texas 79762

Phone: 432-312-2491 or 432-530-7345. Fax: 432-400-1415



**Formulario de Autorización de Información Médica
(Formulario de liberación HIPAA)**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Publicación de información

☐ Autorizo la divulgación de información, incluidos los diagnósticos, registros, exámenes que me han sido realizados y la información de las reclamaciones. Esta información puede ser facilitada a:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

☐ La información **NO** debe ser divulgada a nadie.

Esta liberación de información permanecerá vigente hasta que yo la termine por escrito.

Mensajes

Por favor, llama a: ☐ Mi móvil ☐ Mi trabajo ☐ Texto

Si no puedes localizarme: ☐ puedes dejar un mensaje detallado

☐ deja un mensaje pidiendo que devuelvas tu llamada

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



Sanar el cuerpo. Cuidando el alma. Abrazar a la persona en su totalidad.

En Alva Family Practice, creemos que la verdadera sanación es más que una receta o un procedimiento: es un viaje sagrado. La salud no es solo física. Es emotivo. Es espiritual. Y a veces, la sanación debe empezar desde dentro hacia afuera.

Ya sea que sigas una religión, busques la paz espiritual o simplemente creas en el poder de la esperanza y el amor, te damos la bienvenida con el corazón abierto. Nuestro cuidado está basado en la compasión y guiado por la comprensión de que la medicina y la fe no están en oposición: son socios.

"Un corazón alegre es buena medicina." – Proverbios 17:22

Reconocemos que cada persona no solo carga físicamente, sino también heridas emocionales y espirituales. Por eso nos importa el tú en su totalidad: tu cuerpo, tu corazón y tu vida interior.

✨ Respetamos todas las religiones, creencias y tradiciones.

🕊 Honramos tu camino espiritual—dondequiera que te lleve

🕊 . Te invitamos, si lo deseas, a unirte a nosotros en oración o reflexión como parte de tu proceso de sanación.

Nunca eres solo un número o una historia clínica en nuestra clínica. Eres un hijo con propósito, un ser humano creado con intención, y tu vida tiene un significado profundo. Tu sanación importa—para nosotros y para algo más grande.

Fe y medicina—Trabajando juntos

1. La medicina científica trata el cuerpo.
2. Pero la fe enciende la esperanza.
3. La oración abre corazones.
4. La quietud aporta claridad.
5. La gratitud reconfigura la mente.
6. Y a veces, una oración susurrada es tan poderosa como cualquier receta.

Aquí, se te anima a aportar tu espiritualidad a tu camino de sanación. Ya sea a través de la reflexión tranquila, la oración

Estamos aquí para acompañarte

No importa tu origen, creencia o historia, eres bienvenido.

1. Permítenos apoyarte en tu proceso de sanación.
2. Déjanos nutrir tu alma.
3. Déjanos cuidar todo tu ser.

Porque cuando el espíritu y la ciencia caminan de la mano, la sanación no solo se vuelve posible, sino transformadora.

🕊 La sanación empieza con la honestidad. Florece con fe. Y termina con compasión.

🕊 Ven tal y como estás. Deja más ligero. Dejarlo entero.

De parte de todo el personal de Alva Family Practice,
George Alva, FNP-C