



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

**PATIENT DEMOGRAPHICS**

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

GÉNERO: \_\_\_ MUJER \_\_\_ MASCULINO ¿TIENES UN DIDRECTIVO AVANZADO (TESTAMENTO VITAL \_\_\_ SÍ \_\_\_ NO

DIRECCIÓN DE DOMICILIO: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO Postal: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ \_\_\_ Mobile \_\_\_ Work \_\_\_ Other

PERMISO DE CONDUCIR #: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

**\*\*\*\*\* NECESITO ENVIAR UNA COPIA O FOTO DE TU TARJETA DE SEGURO (ANVERSO Y REVERSO) \*\*\*\*\***

NOMBRE DEL SEGURO: \_\_\_\_\_ IDENTIFICADOR DE ABONADO: \_\_\_\_\_ 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: _____ | _____ | _____             |

PATERNAL MOTHER: \_\_\_\_\_



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

COLONOSCOPIA: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ VACUNA DE LA FLU: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_  
MAMOGRAFÍA: \_\_\_\_\_ 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 IMPORTA: \_\_\_ DIARIO. \_\_\_ SEMANAL \_\_\_ MENSUAL \_\_\_ SOCIAL

FUMANDO: \_\_\_ SÍ \_\_\_ SIN CORRIENTE: \_\_\_\_\_ EX: \_\_\_\_\_ CANTIDAD: \_\_\_\_\_

EJERCICIO: \_\_\_ SÍ \_\_\_ NO A MENUDO: \_\_\_\_\_ CARDIO: \_\_\_\_\_ PESAS: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_ CASADO \_\_\_ SOLTERO \_\_\_ DIVORCIADO \_\_\_ VIUDO \_\_\_ OTROS

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ COMPAÑÍA: \_\_\_\_\_

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. ¿Te sientes nervioso, ansioso o nervioso?                      | 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                   |
| <b>AÑADIR COLUMNAS</b>                                            |           |             |                             |                     |
| <b>TOTAL</b>                                                      |           |             |                             |                     |

### 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                   |
| <b>AÑADIR COLUMNAS</b>                                                                                                                                                       |           |             |                             |                     |

|       |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|
| 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: <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> DESCUBRIR <input type="checkbox"/> AMEX<br><input type="checkbox"/> Otros |
| Nombre del titular de la tarjeta (según 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



## **Inyección lipotrópica de B12 y formulario de consentimiento del complejo Super B12**

A New You Health and Wellness utiliza la combinación farmacéutica B12 Lipotrópica y B12 Myoden, clínicamente demostrada para ayudar a acelerar el metabolismo y quemar grasa. Se utilizan para mejorar tus esfuerzos actuales de pérdida de peso, es decir, seguir una dieta saludable, beber mucha agua y hacer ejercicio.

### **¿Cómo funcionan las inyecciones de B12 lipotrópicas?**

Lipotrópico es una palabra elegante para tres aminoácidos (metionina, inositol y colina) esenciales para la salud de tu hígado. Tu hígado es el órgano responsable de eliminar la grasa y las toxinas de nuestro cuerpo, así que si está más sano, funcionará mejor para ti. La B12 puede darte un impulso de energía, lo que te ayuda a quemar calorías. Los aminoácidos de las inyecciones lipotrópicas de B12 son compuestos que mejoran el hígado y la vesícula biliar. Por definición, una sustancia lipotrópica disminuye el depósito o acelera la eliminación de grasa dentro del hígado. Los aminoácidos clave que "Lipotropic" usaron para hacer estas inyecciones:

### **Las inyecciones lipotrópicas de B12 incluyen: B1, B2, B3, B5, B6, B12 y vitamina C**

**Vitamina B12 (Hidrocobalamina):** esencial para ayudar a formar nuevas células sanas en el cuerpo. También aumenta la energía, ayudando a incrementar los niveles de actividad.

**Colina :** apoya la salud del hígado en su procesamiento y excreción de residuos químicos en el cuerpo. Además, es necesario para el transporte y metabolismo de los sistemas endocrino, cardiovascular e hepático.

**Metionina :** un aminoácido importante para las funciones corporales humanas. Actúa como un agente lipotrópico para prevenir la acumulación excesiva de grasa en el hígado y el cuerpo, es útil para aliviar o prevenir la fatiga y puede ser útil en algunos casos de alergia porque reduce la liberación de histamina.

**Inositol –** Un nutriente perteneciente al complejo vitamínico del grupo B, está estrechamente asociado con la colina. Ayuda al metabolismo de las grasas y ayuda a reducir el colesterol en sangre. El inositol participa en la acción de la serotonina, un neurotransmisor conocido por controlar el estado de ánimo y el apetito.

### **Inyección compleja de Super B12 Incluye todo lo anterior más:**

**Acetil L-Carnitina –** Un aminoácido (elemento básico de proteínas) que se produce de forma natural en el cuerpo. Ayuda al cuerpo a producir energía, transportar ácidos grasos a la célula para que puedan quemarse como combustible y ayudar a reducir la grasa abdominal.

### **Reconocimiento y consentimiento informado**

1. Me han explicado la naturaleza y el propósito de la inyección, los posibles métodos alternativos de tratamiento, los riesgos implicados, las posibles consecuencias y la posibilidad de complicaciones.



1. Cada paciente responde de forma diferente a la medicación y puede responder de forma distinta al siguiente tratamiento. Como con todos los medicamentos, los resultados son temporales y es necesario administrar una dosis regular. La duración del medicamento inyectable varía en cada paciente. No se puede garantizar el resultado ni la duración de la sesión.
2. Entiendo que hay algunos riesgos con cualquier tratamiento. A continuación se muestra la lista de posibles riesgos con la inyección: dolor o hematomas en el lugar de la inyección, cicatrices en la piel (poco probables) y posible infección cutánea, una posibilidad que se rompa la piel, incluso con agujas estériles.
3. Se me ha dado la oportunidad de que todas mis preguntas sean respondidas.

I, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido los ingredientes de la inyección que me están administrando, y consiento el tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



## 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: \_\_\_\_\_

Data de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

---

## Información solicitada a

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente concedo permiso para que divulgues información sanitaria confidencial sobre mí, facilitando una copia de mi historial médico, resumen o narrativa de mi información sanitaria protegida, al médico/persona/centro mencionado anteriormente.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Send Information To:

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

