



Carl Willeford Jr., MSN, FNP-C  
3226 N University Dr. #300  
Nacogdoches, TX 75965  
Phone: (936) 221-5138  
Fax: (936) 221-5150

### Registro de Pacientes

Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Estado Civil: S D M W

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sex: M or F

Direccion Postal: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

No de Telefono#: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ No. Celular#: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de Empleador: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Etnicidad: \_\_\_\_\_ Correro electronico: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_

Si Paciente es menor de edad o estudiante nombre de padre o madre: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

No de Telefono#: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ No. Celular#: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Seguro Medico:

Compania de Seguro: \_\_\_\_\_

No de Identificacion#: \_\_\_\_\_ No de Group: \_\_\_\_\_

Nombre de la person en el Seguro medico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_





Carl Willeford Jr., MSN, FNP-C  
3226 N University Dr. #300  
Nacogdoches, TX 75965  
Phone: (936) 221-5138  
Fax: (936) 221-5150

Nuevo Cuestionario De Salud Del Paciente

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Usted fuma?                      Si            or            No                                      Usted bebe alcohol?                      Si            or            No

Has alguna vez habia o se ha diagnosticado para tener cualquiera de los siguientes?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias               | <input type="checkbox"/> Digestive system disease | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepatica       |
| <input type="checkbox"/> Anemia                 | <input type="checkbox"/> Epliepsia                | <input type="checkbox"/> Pleuresia                 |
| <input type="checkbox"/> Asma                   | <input type="checkbox"/> Glaucoma                 | <input type="checkbox"/> Neumonia                  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de sangrado | <input type="checkbox"/> Ataque de corazon        | <input type="checkbox"/> Problemas de prostata     |
| <input type="checkbox"/> Cancer                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazon   | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral          |
| <input type="checkbox"/> Cataratas              | <input type="checkbox"/> Hemorroids               | <input type="checkbox"/> Sifillis                  |
| <input type="checkbox"/> Varicela               | <input type="checkbox"/> Presion alta             | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Depression             | <input type="checkbox"/> Colesterol alto          | <input type="checkbox"/> Tuberculosis              |
| <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal         | <input type="checkbox"/> Ulcera                    |

Hospitalizaciones o Cirugias

Razon	Fecha

Historia Familiar

Enfermedad	Pariente

Estado de salud familiar

Pariente	Vivo?	Edad de failecimiento	Enfermedad
Padre			
Madre			
Hermano			
Hermana			

Por favor, indique si ha tenido un cambio significativo o reciente o recurrente en el siguiente.

Si	No	<b><u>Sistema Cardiovascular</u></b>	Si	No	<b><u>Genitourinario</u></b>
___	___	Dolor en el pecho	___	___	Erinrocitos en orina
___	___	Problemas de corazon	___	___	Ardor al orinar
___	___	Palpitations	___	___	Cambio en la fuerza o esfuerzo al orinar
___	___	Dificultad para respirar con caiman	___	___	Aumento del numero de micciones
___	___	Hinchazon de pies, tobillos o manos	___	___	Incontinence o goteo de orina
___	___	Despertar en la noche con dificultad Para respirar	___	___	Cicio menstrual irregular
Si	No	<b><u>Sintomas Constitucionales</u></b>	___	___	Menstruacion dolorosa
___	___	Cefaleas frecuentes	___	___	Flujo vaginal recurrente
___	___	Cambio de peso significativo reciente	___	___	Dificultades sexuales
___	___	Cansancho o debilidad	___	___	Dolor de testicular
Si	No	<b><u>Oidos/Nariz/Boca/Garganta/Cuello</u></b>	Si	No	<b><u>Linfatico Hematologico</u></b>
___	___	Gingivitis hemorragica	___	___	Tendencia a sangrar o hematomas
___	___	Problemas de sinusitis cronica	___	___	Anemia recurrente
___	___	Disfagia	___	___	Lento para sanar cortes
___	___	Usted usa audiphones	___	___	Hinchazon, calor y sensibilidad de venas
___	___	Dolores de oido o drenaje	Si	No	<b><u>Tegumentario (piel/mama)</u></b>
___	___	Perdida de la audicion	___	___	Secrecion de mamas o erupcion
___	___	Bultos o inflamacion de los gonglios	___	___	Tumro mamario
___	___	Boca, ulceracion	___	___	Dolor en los senos
___	___	Dolor de cuello o rigidez	___	___	Cambio en el cabello o las urias
___	___	Nosebleed	___	___	Cambio en el color de la piel o lunares
___	___	Angina	___	___	Erupciones o picazon
Si	No	<b><u>Endocrino</u></b>	___	___	Venas varicose
___	___	Cambio en el tamano de la mano	Si	No	<b><u>Musculosqueletico</u></b>
___	___	Sequedad excesiva de la piel def guante	___	___	Dolor de espakda
___	___	Sed excesiva o al orinar	___	___	Piel o manos frias
___	___	Problema glandular o hormonal	___	___	Dificultade en caminar
___	___	Intolerancia al calor o al frio	___	___	Dolor en las articulaciones o rigidez
Si	No	<b><u>Ojos</u></b>	___	___	Dolor muscular o calambres
___	___	Vision borrosa o doble	___	___	Debilidad de los musculos o las articulaciones
___	___	Cambio en la vision	Si	No	<b><u>Neurologico</u></b>
___	___	Enfermedad o lesion	___	___	Convulsiones o espasmos
___	___	Convulsions	___	___	Lesion cranial
___	___	Gafas	___	___	Aturdimiento o maresos
Si	No	<b><u>Gastrointestinal</u></b>	___	___	Sensaciones de entumecimiento a homage
___	___	Dolor abdominal	___	___	Paralisis
___	___	Heces oscuras (hallazgo)	___	___	Carrera
___	___	Cambio en has deposiciones	___	___	Tremblores
___	___	Diarrhea frecuente	Si	No	<b><u>Psiquiatric</u></b>
___	___	Perdida de apetito	___	___	Depresion
___	___	Nauseaso vomito	___	___	Insomnio
___	___	Evacuaciones dolorosa o estrenimiento	___	___	Perdida dememoria o confusion
___	___	Sangrado rectal o sangre en neces	___	___	Nerviosismo





Carl Willeford Jr., MSN, FNP-C  
 3226 N University Dr. #300  
 Nacogdoches, TX 75964  
 Phone: (936) 221-5138  
 Fax: (936) 221-5150

Consentimiento Para Divulgar Informacion Medica

Yo, \_\_\_\_\_, Autorizo la liberacion para los siguientes registros o informacion con limitaciones, que pueden incluir el tratamiento de abuso psiquiatrico de la enfermedad, alcohol o drogas, resultados de la prueba de VIH o SIDA/ARC diagnostic, o preferencia sexual. Revision del registro tambien esta autorizado.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Numero de Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Numero de Celulas: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Informacion para el periodo de: De: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Solicitud de registros de: (Medico/Centro de) \_\_\_\_\_

Numero de telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Suelte la siguiente informacion para la continuidad de la atencion:

- |  |                               |
|--|-------------------------------|
| _____ copia de registros medicos completos | _____ Informes de Radiologia  |
| _____ Historia y Fisica                    | _____ Informes de Patologia   |
| _____ Informes de EKG                      | _____ Informes de Laboratorio |
| _____ Registros de Medicamentos            | _____ Informes de Operativos  |
| _____ Notas de Progreso                    | _____ Otros: _____            |

Registros que se publicara a: \_\_\_\_\_

Entiendo que la informacion divulgada por esta autorizacion puede ser sujeta a re-divulgacion por parte del receptor y ya no esta protegida por leyes estatales y federales de privacidad.

Entiendo que el tratamiento en medicina de familia Nacogdoches no sera negado si no firmo esta autorizacion.

Entiendo que puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento enviando un aviso por escrito al official de privacidad en Nacogdoches Family Medicine. No puedo revocar esta authorization en la medida en que la medicina de familia Nacogdoches ha actuado al amparo de la autorizacion, o si la autorizacion es permitir a una compania de seguros, las divulgacion de la PHI, como condicion para obtener cobertura, en la medida en otra ley permite al asegurador a reclamaciones por concurso o cobertura.

Esta authorization vencera 30 dias desde la fecha de la firma o el (fecha): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Paciente/Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Testimonio del Empleado: \_\_\_\_\_

Testigo (requerido si el paciente es incapaz de firmar): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_





Carl Willeford Jr., MSN, FNP-C  
 3226 N University Dr. #300  
 Nacogdoches, TX 75965  
 Phone: (936) 221-5138  
 Fax: (936) 221-5150

Nacogdoches Family Medicine  
 Acuerdo de HIPAA

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD A SUS FAMILIARES O AMIGOS INVOLUCRADOS EN EL CUIDADO DE MI. ESTA AUTORIZACION NO PUEDE UTILIZARSE PARA LIBERAR U OBTENER INFORMACION DOCUMENTADA.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A MI SOLICITUD, AUTORIZO A MEDICINA DE FAMILIA NACOGDOCHES A REVELAR. MI DIAGNOSTICO, RESULTADOS DE EXAMENES O PROCEDIMIENTOS, PRUEBAS DE DIAGNOSTICO, O PROCEDIMIENTOS, OPERATIVA, PATOLOGIA, INFORMES DE RADIOLOGIA, Y INFORMES DE CONSULTA A LOS INDIVIDUOS SIGUIENTES QUE ESTARAN DIRECTAMENTE INVOLUCRADOS EN MI CUIDADO Y TRATAMIENTO.

Entiendo que la informacion divulgada por esta autorizacion puede ser sujeta a re-divulgacion por parte del receptor y ya no esta protegida por les estatales y federales de privacidad.

Entiendo que el tratamiento en medicina familiar Nacogdoches no sera negado si no firmo esta autorizacion.

No puedo revocar esta autorizacion en la medida en que la medicina de familia Nacogdoches ha actuado al amparo de la autorizacion.

	Nombre	Relacion	Telefono
1			
2			
3			
4			
5			

Firma del respresentante legal o paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Revocacion de la Autorizacion

Yo, \_\_\_\_\_, por este medio, revoco o cancel esta autorizacion que entrara en efecto en esta fecha:  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature of Patient or Legal Representative: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Como supiste de nosotros  
(Por favor marque todos los que apliquen)

- \_\_\_\_\_ Ex Paciente
- \_\_\_\_\_ Sitio web de Nacogdoches Family Medicine
- \_\_\_\_\_ Charm Magazine
- \_\_\_\_\_ Nacogdoches Magazine
- \_\_\_\_\_ La Lengua Magazine
- \_\_\_\_\_ Nacogdoches Daily Sentinel
- \_\_\_\_\_ Facebook
- \_\_\_\_\_ Busqueda de Google
- \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Amigo: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Relativa: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_