



Diana Clabots, MD
Andres Rivero, MD
777 E 25th St., Suite 516
Hialeah, Florida 33013
(305) 671-3722 tele
(305) 671-3799 fax

New Patient Questionnaire
(Cuestionario para Nuevos Pacientes)

Personal Information
(Información Personal)

Today's Date: _____

Last Name, First Name, Middle Initial: _____
(Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)

(Fecha)

Date of Birth: _____
(Fecha de nacimiento)

Preferred Name: _____
(Nombre Preferido)

Social Security Number: _____
(Su número de Seguro Social)

Relationship Status: ☐ Single ☐ Sig Other ☐ Separated ☐ Married ☐ Divorced ☐ Widowed
(Estado civil) (Soltero) (En relación) (Separado) (Casado) (Divorciado) (Viudo)

Home Address: _____ City, State and Zip Code: _____
(Dirección de casa) (Ciudad, estado y código postal)

Mailing Address ☐ Same as Above _____ City, State and Zip Code: _____
(Dirección de envío) (Lo mismo que arriba) (Ciudad, Estado y Código postal)

Phone Number(s) ☐ Home: _____ ☐ Cell: _____ ☐ Work: _____
(Número(s) de teléfono) (Casa) (Móvil) (Trabajo)

Check box representing preferred number for patient reminders, etc. (Seleccione la casilla correspondiente a su número)

Email Address: _____ Enable Patient Portal: ☐ Yes(Si) ☐ No
(Correo electrónico) (¿Desea habilitar su portal de paciente?)

Emergency Contact: _____ Phone: _____ Relationship: _____
(En caso de emergencia) (Número de contacto) (Relación)

****Name of Primary Care Provider:** _____
**** (Médico de atención primaria)**

Address: _____ City, State and Zip Code: _____
(Dirección) (Ciudad, Estado y Código postal)

Employment Status: ☐ Full time ☐ Part time ☐ Retired ☐ Self ☐ None
(Estado de empleo) (Tiempo complete) (Tiempo parcial) (Jubilado) (Ninguno)

Student: ☐ Full time ☐ Part time ☐ None
(Estudiante) (Tiempo complete) (Tiempo parcial) (Ninguno)

Employer Name/School Name: _____
(Nombre del empleador/Colegio)

Address: _____ City, State and Zip Code: _____
(Dirección) (Ciudad, Estado y Código postal)

Occupation: _____
(Ocupación)

Insurance Information (Información del seguro)

Primary Insurance Company: _____ Policy Holder: _____
(Compañía de seguros primario) (Titular de la póliza)

Policy Number: _____ Group Number: _____
(Número de póliza) (Número de grupo)

Financial Responsible Party: _____
(Parte Financiera responsable)

I hereby consent to Midway Specialty Care Center, Inc. obtaining my **Prescription History** from any/all sources.
(Por la presente, doy mi consentimiento para que Midway Specialty Care Center, Inc. obtenga mi **historial de recetas** de cualquiera / todas las fuentes.)

Patient's Signature: (Firma del paciente)



Diana Clabots, MD
Andres Rivero, MD
777 E 25th St., Suite 516
Hialeah, Florida 33013
(305) 671-3722 tele
(305) 671-3799 fax

CONSENTS
(CONSENTIMIENTOS)

Health Insurance Portability and Accountability Act
(Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud)

The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) requires that we ask your permission before disclosing certain healthcare information to certain people or entities. *(La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) requiere que solicitemos su permiso antes de divulgar cierta información de atención médica a determinadas personas o entidades.)*

In accordance with the Act, I *(De acuerdo con la Ley, Yo)* _____ Hereby
(Patient signature) (Firma del paciente)

authorize Midway Specialty Care Center, Inc. to release any information regarding my health to the following persons or entities: *(Por la presente autorizo a Midway Specialty Care Center, Inc. para divulgar cualquier información sobre mi salud a las siguientes personas o entidades)*

Name <i>(Nombre)</i>	Date of Birth <i>(Fecha de nacimiento)</i>	Relationship <i>(Relación)</i>	Phone Number <i>(Número de teléfono)</i>
-------------------------	---	-----------------------------------	---

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Leaving Messages for You *(Dejar mensajes para usted)*

In the event that I am not available when Midway Specialty Care Center, Inc. calls with medical information: *(En el caso de que no esté disponible cuando Midway Specialty Care Center, Inc. llame con información médica)*

*(Please check the applicable box **and** initial beside it.) (Por favor marque la casilla correspondiente y ponga sus iniciales al lado.)*

- ☐ _____ Please DO leave messages on my answering machine or voicemail. *(Por favor deje mensajes en mi contestador automático o correo de voz.)*
- ☐ _____ Please DO NOT leave messages on my answering machine or voicemail. *(Por favor NO deje mensajes en mi contestador automático o correo de voz.)*
- ☐ _____ I DO NOT HAVE an answering machine or voicemail. *(NO TENGO un contestador automático o correo de voz)*



Diana Clabots, MD
Andres Rivero, MD
777 E 25th St., Suite 516
Hialeah, Florida 33013
(305) 671-3722 tele
(305) 671-3799 fax

Insurance Authorization and Assignment
(Autorización y asignación de seguros)

All Charges are payable at the time of service. *(Todos los cargos se pagan en el momento del servicio.)*

All professional services rendered are charged to the patient. Necessary forms will be complete to help expedite insurance carrier payments. However, the patient is responsible for all fees, regardless of insurance coverage; it is also customary to pay for services when rendered unless other arrangements have been made in advance. *(Todos los servicios profesionales prestados corren a cargo del paciente. Se completarán los formularios necesarios para ayudar a agilizar los pagos de la aseguradora. Sin embargo, el paciente es responsable de todos los honorarios, independientemente de la cobertura del seguro; También es costumbre pagar los servicios cuando se prestan, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado.)*

Insurance Authorization and Assignment: I hereby authorize Midway Specialty Care Center, Inc. to furnish information to insurance carriers concerning my illness and treatments and I hereby assign all payments for medical services rendered to myself or my dependents. I understand that I am responsible for any amount not covered by my insurance. *(Autorización y asignación de seguros: Por la presente autorizo a Midway Specialty Care Center, Inc. a proporcionar información a las compañías de seguros sobre mi enfermedad y tratamientos y por la presente asigno todos los pagos por servicios médicos prestados a mí o a mis dependientes. Entiendo que soy responsable de cualquier monto que no cubra mi seguro.)*

Furthermore, I am aware that If I have an HMO Plan a referral must be obtained from my primary care provider for EACH visit to Midway Specialty Care Center. If one is NOT obtained, I understand that I will be held responsible for all charges. *(Además, soy consciente de que si tengo un plan HMO, se debe obtener una remisión de mi proveedor de atención primaria para CADA visita al Centro de atención especializada Midway. Si NO se obtiene uno, entiendo que seré responsable de todos los cargos.)*

Printed Name: *(Nombre impreso)* _____

☐ Self *(Yo)* or Relationship to Patient: *(o parentesco con el paciente)* _____

Signature: *(Firma)* _____

Date: *(Fecha)* _____