

**Cuestionario para Nuevos Pacientes**

Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre:		Fecha:
Fecha of Birth:	Edad:	# de Seguridad Social:
Genero de nacimiento: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Transgénero (M a H)(H a M) <input type="checkbox"/> Inseguro		Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay/Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Otro _____
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> En relación <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
Dirección de casa:		
Dirección de casa línea 2:		
Ciudad, estado y código postal		
Número(s) de teléfono(s) <i>Seleccione la casilla correspondiente a su número, etc.</i> <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Trabajo		
Correo electrónico:		
(¿Desea habilitar su portal de paciente?) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Número de contacto en caso de emergencia/ Relación		
Médico de atención primaria:	Ciudad, Estado y Código postal del medico primario:	
<b>Información de Empleo</b>		
Nombre del empleador:		
Dirección del empleador:		
Ciudad, Estado y Código postal:		
Ocupación:		
<b>Información del Seguro</b>		
Compañía de seguros primario:		
Número de teléfono:	Número de póliza:	Número de grupo:
Compañía de seguros secundario:		
Número de teléfono:	Número de póliza:	Número de grupo:
Titular de la póliza/ Nombre del suscriptor		
Parte Financiera responsable:		
<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Relación con el paciente:		Inicial:

## Cuestionario para Nuevos Pacientes- Continuoado

Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre:

**Raza:**

- Indio Americano
- Asiático
- Hawaiano Nativo
- Afroamericano
- Casucásico
- Medio Oriente / Norte de África
- Otra raza
- Otro Isleño pacífico
- Negarse a informar

**Etnicidad:**

- Hispano o latino
- No Hispano o latino
- Negarse a informar

**Preferred Language:**

- Inglés
- Español
- Criollo

**Alergias:**

		SI		NO
Medicamentos:	Alergia a la Penicilina?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Alergia al Yodo?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Alergia a algún otro medicamento?			
Productos Médicos:	Alergia a latex?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Alergia a cintas adhesivas	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Otros:				

Por favor, anote todos los medicamentos que toma (nombre, dosis, frecuencia):

¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?  Si  No

• En caso afirmativo, ¿qué vacuna recibió?  Pfizer  Moderna  Janssen (Johnson & Johnson)

• Fecha de la 1ª dosis: \_\_\_\_\_ Fecha de la 2ª dosis\*: \_\_\_\_\_

	Dirección	Teléfono
Farmacia Local		
Farmacia de pedidos medicos		
(¿Que laboratorio usas?)		

Por la presente doy mi consentimiento para que Midway Specialty Care Center, Inc. obtenga mi historial de prescripciones de cualquiera o todas las fuentes.)

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

### Cuestionario Del Acto De Autodeterminación Del Paciente

Para cumplir con la ley de conciliación presupuestaria general de 1990 y el Capítulo 745 de los Estatutos de la Florida, responda las siguientes preguntas con la seleccionando de la respuesta correspondiente:

¿Tiene algun testamento?

\_\_\_\_\_ Tengo tal testament

\_\_\_\_\_ NO he hecho tal testament

Sustituto para el cuidado de la salud

\_\_\_\_\_ Tengo un representante designado para el cuidado de la salud

\_\_\_\_\_ NO he designado un sustituto de la salud

El Poder notariado para un Abogado

\_\_\_\_\_ Tengo un poder notariado

\_\_\_\_\_ NO he notariado un poder para un abogado

### Cancelación 24 horas y política de no presentación

Cada vez que un paciente pierde una cita sin proporcionar la notificación adecuada, otro paciente no puede recibir atención. Midway Specialty Care Center, Inc. se reserva el derecho de cobrar una tarifa de \$25.00 por todas las citas perdidas (“no presentación”) y citas que, a falta de una razón convincente, no se cancelan con un aviso de 24 horas.

Las tarifas de “no presentación” se facturará al paciente. Esta tarifa no está cubierta por el seguro y debe pagarse antes de su próxima cita. Múltiples ausencias en cualquier período de doce (12) meses puede resultar en el alta de la práctica. thank you for your understanding and cooperation as we strive to best serve the needs of all our patients.

Gracias por su comprensión y cooperación mientras nos esforzamos para satisfacer mejor las necesidades de todos sus pacientes.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha revisado este aviso y que comprende la política.

---

Nombre del paciente:

---

Firma del paciente

---

Fecha:

---

**Consentimientos**  
**Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro del Salud**

Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) exige que le solicitamos su permiso antes de divulgar cierta información médica a ciertas personas o entidades.

De acuerdo con la ley, yo autorizo a Midway Specialty Care Center, Inc. a divulgar cualquier información relacionada con mi salud a las siguientes personas o entidades:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación

**Autorización y Cesión De Seguros**

Todos los cargos son pagaderos al momento del servicio

Todos los servicios profesionales se prestan a cargo del paciente. Los formularios necesarios se completarán para ayudar a acelerar los pagos de las compañías de seguros. Sin embargo, el paciente es responsable de todas las tarifas, independientemente de la cobertura del seguro; también es habitual pagar por los servicios prestados a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado.

Autorización y Cesión de seguros: Por la presente autorizo a Midway Specialty Care Center, Inc. para proporcionar información a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y tratamientos, y por la presente asigno todos los pagos por servicios médicos prestados a mi persona o a mi dependencia. Entiendo que soy responsable por cualquier monto que no esté cubierto por mi seguro.

Además, soy consciente de que si tengo un plan HMO, debe obtener una remisión de mi proveedor de atención primaria por cada visita a Midway Specialty Care Center, Inc. Si no se obtiene una, entiendo que seré responsable de todos los cargos.

**Consentimiento Para la Comunicación por Correo Electrónico**

Por la presente doy mi consentimiento para que mi médico se comunique conmigo o con los miembros de su personal, cuando corresponda, o con otros médicos, enfermeros practicantes y farmacéuticos por correo electrónico con respecto a los siguientes aspectos de mi atención médica y tratamiento: [resultados de pruebas, recetas, citas, facturación, etc.]. Entiendo que el correo electrónico no es un método confidencial de comunicación. Además, entiendo que existe el riesgo de que las comunicaciones por correo electrónico entre mi médico y yo o los miembros del personal del consultorio de mi médico, o entre mi médico y otros proveedores con respecto a mi atención médica y tratamiento puedan ser interceptadas por terceros o transmitidas a personas no deseadas. También entiendo que cualquier comunicación por correo electrónico entre mi médico y yo o los miembros del personal de su consultorio, o entre mi médico y otros proveedores con respecto a mi atención y tratamiento médicos, puede formar parte de mi expediente médico. Entiendo que en una situación urgente o emergente debo llamar a mi proveedor o ir a la sala de emergencias y no confiar en el correo electrónico.

Nombre del paciente:

Firma del paciente:

### Aviso de Reconocimiento de Practicas de Privacidad

**Entiendo que conforme a la ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA). Tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:**

1. Realizar, Planificar y dirigir mi tratamiento y hacer un seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan participar en mi tratamiento directa o indirectamente.
2. Obtener el pago de terceros pagadores.
3. Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He recibido, leído y entiendo su **Aviso de Prácticas de Privacidad** que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su **Aviso de Prácticas de Privacidad** de vez en cuando y que puedo comunicarme con la organización en cualquier momento o ingresar al sitio web de la compañía para obtener una copia actualizada del **Aviso de Prácticas de Privacidad**.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja la forma en que se utiliza o divulga mi información privada para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero sí acepta que está obligado a cumplir con dichas restricciones.

---

Nombre del paciente:

---

Propia    Relación con el paciente:

---

Firma del paciente:

---

Fecha:

---

### Consentimiento general para consentir atención y tratamiento

AL PACIENTE: Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y e/ procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado que se utilizará para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros involucrados. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. E/ objetivo de este formulario de consentimiento es simplemente obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria destinada a identificar e/ tratamiento y/o procedimiento apropiado para cualquier condición identificada.

Este consentimiento nos concede su permiso para realizar exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios. El tratamiento incluye medicamentos actualmente autorizados o aprobados por la FDA de los Estados Unidos para el tratamiento de COVID 19 u otras enfermedades respiratorias transmisibles emergentes. Las pruebas incluyen, pero no se limitan a pruebas físicas, radiológicas y de laboratorio. Al firmar a continuación, usted indica que (1) tiene la intención de que este tipo de consentimiento continúe incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado el tratamiento; y (2) usted acepta el tratamiento en este consultorio o en cualquier otra sucursal de nuestra propiedad. El consentimiento permanecerá plenamente vigente hasta que sea revocado por escrito.

Usted tiene el derecho de interrumpir los servicios en cualquier momento. Usted tiene el derecho de discutir el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que se ordene en su caso. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento que recomiende su proveedor de atención médica, le aconsejamos hacer preguntas.

Solicito voluntariamente a un médico y/o proveedor de nivel medio (enfermera practicante, asistente médico o enfermera clínica especialista), y otros proveedores de atención médica o las personas designadas según se considere necesario, que realicen un examen médico razonable y necesario, pruebas, toma de fotografías de mi condición y tratamiento para la condición que me ha llevado a buscar atención en este consultorio.

Doy mi consentimiento para permitir que mis muestras de pruebas de laboratorio (incluidas, entre otras, muestras de sangre, orina o esputo) se procesen internamente (mediante MSCC/laboratorio) o se envíen a un laboratorio de referencia según lo considere necesario Midway Specialty Care Center, Inc. También entiendo que mis muestras pueden utilizarse para fines de validación.

Entiendo que, si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de realizar prueba(s) o procedimiento(s).

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y doy mi pleno consentimiento voluntario a su contenido.

---

Nombre del paciente:

---

Propia   O    Relación con el paciente:

---

Firma del paciente:

---

Fecha:

---



Claudio D. Tuda, MD / Cynthia I. Rivera, MD / Nicholas S. Camps, DO / Lizy Paniagua, MD  
4308 Alton Road, Suite #860, Miami Beach, Florida 33140-2891  
(305) 674-2766 tele  
(305) 674-2765 fax

**Authorization for Release of Medical Records**

I hereby request and authorize release copies of my medical records to Midway Specialty Care Center, Inc.

Records can be sent to the address above **or sent electronically Physician to Physician.**

I understand that my medical records may contain copies of information received from another health care facility or doctor. I also authorize release of the following to Midway Specialty Care Center, Inc.

Type of information to be disclosed:

- Entire medical record
- Consultation
- Dental records
- Office chart notes
- Radiology reports
- Billing statements
- Pathology reports
- Emergency Department reports
- All Hospital records
- Discharge summary
- Laboratory reports
- Other:

Patient Name:	DOB:
Patient's Signature	Date: