



**Raj Uttamchandani, MD/ Lorraine Dowdy, DO**  
7000 SW 62nd Avenue Suite 320  
Miami, Florida 33143  
(305) 740-6071 tele  
(305) 740-9623 fax  
www.midwaycare.org

**New Patient Questionnaire**  
(Cuestionario para Nuevos Pacientes)

**Personal Information**  
(Información Personal)

Today's Date: \_\_\_\_\_  
(Fecha)

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

Date of Birth: \_\_\_\_\_  
(Fecha de nacimiento)

Preferred Name: \_\_\_\_\_  
(Nombre Preferido)

Social Security Number: \_\_\_\_\_  
(Su número de Seguro Social)

Gender Assigned at Birth:  Female  Male  Intersex  Prefer not to answer  
(Genero de nacimiento) (Mujer) (Hombre) (Intersexual) (Prefiero no responder)

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 envoi) (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 numero)

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)

Who may we thank for referring you: \_\_\_\_\_  
(¿Quien lo ha referido a nosotros?)

**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)

Secondary Insurance Company: \_\_\_\_\_ Policy Holder: \_\_\_\_\_  
(Compañía de seguros secundario) (Titular de la póliza)

Policy Number: \_\_\_\_\_ Group Number: \_\_\_\_\_  
(Número de póliza) (Número de grupo)

Financial Responsible Party: \_\_\_\_\_  
(Parte Financiera responsable)



**Raj Uttamchandani, MD/ Lorraine Dowdy, DO**  
7000 SW 62nd Avenue Suite 320  
Miami, Florida 33143  
(305) 740-6071 tele  
(305) 740-9623 fax  
www.midwaycare.org

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

Today's Date: \_\_\_\_\_  
(Fecha)  
Date of Birth: \_\_\_\_\_  
(Fecha de nacimiento)

**New Patient Questionnaire – Continued**  
(Cuestionario para nuevos pacientes – Continuación)

**Race:**

- American Indian (Indio Americano)
- Asian (Asiático)
- Native Hawaiian (Hawaiano Nativo)
- Black or African American (Afroamericano)
- White (Casucásico)
- Other Race (Otra raza)
- Other Pacific Islander (Otro Isleño pacífico)
- Decline to answer (negarse a contestar)

**Ethnicity: (Etnicidad)**

- Hispanic or Latin (Hispano o latino)
- Not Hispanic or Latin (No Hispano o latino)
- Decline to answer (Negarse a informar)

**Preferred Language: (Idioma preferido)**

- English (Inglés)
- Spanish (Español)
- Portuguese (portuguesa)
- Other: (Otro) \_\_\_\_\_

**Name of Your Local/Mail Order – Check the preferred one (Nombre de su pedido local / por correo: marque el preferido)**

**Pharmacy (Farmacia Local)**

**Address (Dirección)**

**Telephone Number**

(Número de teléfono)

<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

**Use of 340B Contract Pharmacy (Uso de 340B Contract Pharmacy)**

Contract pharmacies offer a range of customizable clinical and operational services that enhance the safety, quality, and affordability of care for our patients. Our 340B network of pharmacies was chosen based on a wide variety of performance and cost-saving criteria. We review each pharmacy that we add to our network to determine their true capabilities and services before entrusting our patients to their care. Using our 340B program helps to provide funds for increased client services such as a case manager and in-house lab and mental health and help us provide care for uninsured patients.

*(Las farmacias por contrato ofrecen una gama de servicios clínicos y operativos personalizables que mejoran la seguridad, la calidad y la asequibilidad de la atención para nuestros pacientes. Nuestra red de farmacias 340B fue elegida en base a una amplia variedad de criterios de rendimiento y ahorro de costos. Revisamos cada farmacia que agregamos a nuestra red para determinar sus verdaderas capacidades y servicios antes de confiar a nuestros pacientes a su cuidado. El uso de nuestro programa 340B ayuda a proporcionar fondos para aumentar los servicios al cliente, como un administrador de casos y laboratorio interno y salud mental, y nos ayuda a brindar atención a pacientes sin seguro.)*

Yes, Sign me up  
(Sí, inscribeme)

No, not at this time  
(No, no en este momento)

I would like more information  
(Me gustaría obtener más información)

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)

\_\_\_\_\_



**Raj Uttamchandani, MD/ Lorraine Dowdy, DO**  
**7000 SW 62nd Avenue Suite 320**  
**Miami, Florida 33143**  
**(305) 740-6071 tele**  
**(305) 740-9623 fax**  
**www.midwaycare.org**

Today's Date: \_\_\_\_\_  
 (Fecha)

Last Name, First Name, Middle Initial: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
 (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre) (Fecha de nacimiento)

**Medication History (Historia de medicación)**

Please list all medications you are currently taking (Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente)

(Include Over-The-Counter Medications and/or Supplements) (Incluya medicamentos y / o suplementos de venta libre)

Name of Medication (Nombre del medicamento)	Dosage (Dosis)	Directions for use (Instrucciones de uso)	Reason for use (Motivo de uso)

Do you have any Drug or other Allergies: (¿Tiene alguna droga u otras alergias?)  Yes (Sí)  No

Drug allergy (Alergia a un medicamento)	Reaction (Reacción)	Age of onset (Edad de inicio)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



**Raj Uttamchandani, MD/ Lorraine Dowdy, DO**  
**7000 SW 62nd Avenue Suite 320**  
**Miami, Florida 33143**  
**(305) 740-6071 tele**  
**(305) 740-9623 fax**  
**www.midwaycare.org**

Today's Date: \_\_\_\_\_  
 (Fecha)

Last Name, First Name, Middle Initial: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
 (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre) (Fecha de nacimiento)

**Current/Past Medical History (Actual/Historial médico pasado)**

**Do you currently have any of the following symptoms? (Check those that apply)**

¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas? (Marque los que correspondan)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rash, itchy skin or skin disorder<br>(Sarpullido, picazón en la piel o trastorno de la piel) | <input type="checkbox"/> Genital or rectal warts or ulcers<br>(Verrugas o úlceras genitales o rectales)      | <input type="checkbox"/> Nausea and/or vomiting (Náuseas y / o vómitos)   |
| <input type="checkbox"/> Sinus congestion (Congestión sinusal)  | <input type="checkbox"/> Muscle pain or joint swelling (Dolor muscular o inflamación de las articulaciones.) | <input type="checkbox"/> Blood in stool or hemorrhoids (Sangre en heces o hemorroides)  |
| <input type="checkbox"/> Hearing loss (pérdida de audición)   | <input type="checkbox"/> Poor appetite (Falta de apetito)  | <input type="checkbox"/> Painful urination (micción dolorosa)   |
| <input type="checkbox"/> Cough (tos)  | <input type="checkbox"/> Suicidal thoughts (pensamientos suicidas)   | <input type="checkbox"/> Muscle weakness (debilidad muscular)   |
| <input type="checkbox"/> Fever (fiebre)   | <input type="checkbox"/> Anxiety/stress (Ansiedad / estrés)  | <input type="checkbox"/> Tingling burning, pain or numbness in extremities (Hormigueo, ardor, dolor o entumecimiento en las extremidades) |
| <input type="checkbox"/> Chest pain or palpitations (dolor en el pecho o palpitaciones)                               | <input type="checkbox"/> Change in vision (Cambio de vision)   | <input type="checkbox"/> Sudden weight loss or gain (Pérdida o aumento de peso repentino)   |
| <input type="checkbox"/> Constipation or diarrhea (Estreñimiento o diarrea)   | <input type="checkbox"/> Difficulty swallowing (Dificultad para tragar)                                      | <input type="checkbox"/> Suicide attempts (Intentos de suicidio)  |
| <input type="checkbox"/> Vaginal or penile discharge (Secreción vaginal o del pene)                                   | <input type="checkbox"/> Dental problems (problemas dentales)  | <input type="checkbox"/> Unexplained fatigue/weakness (Cansancio / debilidad inexplicable)  |
|   | <input type="checkbox"/> Shortness of breath (Falta de aliento)  |   |
|   | <input type="checkbox"/> Night sweats (sudores nocturnes)  |   |

Please list any other symptoms or health concerns that you would like to discuss with your healthcare provider today:  
 (Enumere cualquier otro síntoma o problema de salud que le gustaría discutir hoy con su proveedor de atención médica)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Thinking of the last two weeks: (Pensando en las últimas dos semanas)

Have you been feeling down, depressed or hopeless? (¿ Te has sentido decaído, deprimido o sin esperanza?)  Yes (Sí)  No

Have you had little interest or pleasure in doing things?  Yes(Sí)  No  
 (¿Has tenido poco interés o placer en hacer las cosas?)

Have you ever been non-consensually hit, slapped, kicked or otherwise been physically hurt by an intimate partner?  
 (¿Alguna vez ha sido golpeado, abofeteado, pateado o lastimado de manera no consensual por un compañero íntimo?)

Yes(Sí)  No If yes, how long ago?( De ser "Sí", ¿cuánto tiempo hace?) \_\_\_\_\_

Have you ever been forced to have sexual activity against your will?  Yes(Sí)  No  
 (¿Alguna vez se ha visto obligado a tener actividades sexuales contra su voluntad?)

If yes, when did this happen? \_\_\_\_\_ Was the incident reported to authorities?  Yes(Sí)  No  
 (De ser "Sí", ¿cuándo sucedió esto?) (¿Se informó el incidente a las autoridades?)



**Raj Uttamchandani, MD/ Lorraine Dowdy, DO**  
**7000 SW 62nd Avenue Suite 320**  
**Miami, Florida 33143**  
**(305) 740-6071 tele**  
**(305) 740-9623 fax**  
**www.midwaycare.org**

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

Today's Date: \_\_\_\_\_  
 (Fecha)  
 Date of Birth: \_\_\_\_\_  
 (Fecha de nacimiento)

**Current/Past Medical History (Continued) (Actual/Historial médico pasado) (Continuado)**

**Do you have any of the following conditions? (Check those that apply)**

*¿Tienes alguna de las siguientes condiciones? (Marque los que correspondan)*

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> AIDS (SIDA)                                  | <input type="checkbox"/> Depression                                  | <input type="checkbox"/> High blood pressure (presión arterial alta) | <input type="checkbox"/> Heart disease (enfermedad cardiac)                             |
| <input type="checkbox"/> Alcoholism                                   | <input type="checkbox"/> Diabetes                                    | <input type="checkbox"/> HIV positive (VIH positivo)                 | <input type="checkbox"/> Lung problems (problemas pulmonares)                           |
| <input type="checkbox"/> Anemia                                       | <input type="checkbox"/> Emphysema/COPD (Enfisema / EPOC)            | <input type="checkbox"/> Kidney Disease (enfermedad renal)           | <input type="checkbox"/> Rheumatic fevers (Fiebres reumáticas)                          |
| <input type="checkbox"/> Anorexia                                     | <input type="checkbox"/> Epilepsy/seizures (Epilepsia / convulsions) | <input type="checkbox"/> Liver Disease (enfermedad del hígado)       | <input type="checkbox"/> Rhinitis (Rinitis)   |
| <input type="checkbox"/> Arthritis (Artritis)                         | <input type="checkbox"/> GERD/reflux (reflujo)                       | <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis (Esclerosis múltiple)    | <input type="checkbox"/> Back or joint problems (Problemas de espalda o articulaciones) |
| <input type="checkbox"/> Asthma (asma)                                | <input type="checkbox"/> Glaucoma                                    | <input type="checkbox"/> Pacemaker (Marcapasos)                      | <input type="checkbox"/> Prostate problem (problema de prostate)                        |
| <input type="checkbox"/> Blood Disorder (Trastorno de sangre)         | <input type="checkbox"/> Goiter (bocio)                              | <input type="checkbox"/> Mental illness (enfermedad mental)          | <input type="checkbox"/> cervical problem (problema cervical)                           |
| <input type="checkbox"/> Breast lump (bulto de seno)                  | <input type="checkbox"/> Gout (gota)                                 | <input type="checkbox"/> Migraines                                   | <input type="checkbox"/> Other: (Otro) _____  |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis (bronquitis)                      | <input type="checkbox"/> Hair loss (pérdida de cabello)              | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                                |   |
| <input type="checkbox"/> Bulimia (Bulimia)                            | <input type="checkbox"/> Heart Attack (ataque al corazón)            | <input type="checkbox"/> Stroke (accidente cerebrovascular)          |   |
| <input type="checkbox"/> CAD/heart disease (CAD / enfermedad cardiac) | <input type="checkbox"/> High cholesterol (colesterol alto)          | <input type="checkbox"/> Thyroid disease (enfermedad de la tiroides) |   |
| <input type="checkbox"/> Cancer, type: (Cáncer, escriba) _____        | <input type="checkbox"/> Neuropathy (neuropatía)                     |  |   |

**Have you had any of the following diseases or other issues? (¿Has tenido alguna de las siguientes enfermedades u otros problemas?)**

- Syphilis, If yes, what was your most recent titer and when? (Sifilis. En caso afirmativo, ¿cuál fue su título más reciente y cuándo?) \_\_\_\_\_
- Gonorrhea
- Chlamydia (Clamidia)
- Venereal warts (verrugas venéreas)
- Genital herpes (Herpes genital)
- Hepatitis A, B, or C, if yes, which one(s) and most recent viral load if chronic? (Hepatitis A, B o C, en caso afirmativo, ¿cuál (es) y la carga viral más reciente si es crónica?) \_\_\_\_\_

Any other conditions you are followed by a doctor or take any medication for? (¿Cualquier otra afección que le siga un médico o tome algún medicamento para?) \_\_\_\_\_

**Hospitalization History (Historia de hospitalización)**

Hospital/Facility (Hospital / facilidad)	Reason (Razón)	Year (Año)



**Raj Uttamchandani, MD/ Lorraine Dowdy, DO**  
7000 SW 62nd Avenue Suite 320  
Miami, Florida 33143  
(305) 740-6071 tele  
(305) 740-9623 fax  
www.midwaycare.org

Today's Date: \_\_\_\_\_  
(Fecha)

Last Name, First Name, Middle Initial: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
(Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre) (Fecha de nacimiento)

**Vaccination & Healthcare History: (Historial de vacunación y atención médica)**

**BOTH MEN AND WOMEN (TANTO HOMBRES COMO MUJERES)**

- Flu Shot, if yes when? (Vacuna contra la gripe, en caso afirmativo, ¿cuándo?) \_\_\_\_\_
- Hepatitis A Shot, did you complete the series and when? (2 shots) \_\_\_\_\_  
(Vacuna contra la hepatitis A, ¿completó la serie y cuándo? (2 inyección))
- Hepatitis B Shot, did you complete the series and when? (3 shots) \_\_\_\_\_  
(Vacuna contra la hepatitis B, ¿completó la serie y cuándo? (3 inyección))
- Measles, Mumps Rubella (MMR) shot, did you complete the series and when? \_\_\_\_\_  
(Toma de sarampión, paperas, rubéola (MMR), ¿completó la serie y cuándo?)
- Varicella Shot, if yes when? (Vacuna contra la varicela, si es así, ¿cuándo?) \_\_\_\_\_
- Pneumonia Vaccine, if yes which one (s) (Vacuna contra la neumonía, en caso afirmativo, cuál (es) \_\_\_\_\_
- Tetanus Booster, if yes when? (Refuerzo contra el tétanos, en caso afirmativo, ¿cuándo?) \_\_\_\_\_
- Tdap/TD, if yes when? (Tdap/TD, en caso afirmativo, ¿cuándo?) \_\_\_\_\_
- HPV, if yes did you complete series and when (3shots)? \_\_\_\_\_  
(VPH, en caso afirmativo, ¿completó la serie y cuándo (3 inyección)?)
- Tuberculosis (PPD) test, if yes when? (Prueba de tuberculosis (PPD), en caso afirmativo, ¿cuándo?) \_\_\_\_\_

Have you ever had a positive PPD test?  Yes, Explain: \_\_\_\_\_  No  
(¿Alguna vez ha tenido una prueba PPD positiva?  Sí, explique) \_\_\_\_\_

Have you ever had Meningitis?  Yes, Explain: (¿Alguna vez has tenido meningitis?  Sí, explique) \_\_\_\_\_  No

Last Cholesterol testing: (Última prueba de colesterol) \_\_\_\_\_

Last eye exam: (Último examen de la vista) \_\_\_\_\_

Last dental exam: (Último examen dental) \_\_\_\_\_

Last Colonoscopy: (Última colonoscopia) \_\_\_\_\_

Last Dexa scan: (Último escaneo de Dexa) \_\_\_\_\_

Have you ever had a blood transfusion?  Yes, Year: \_\_\_\_\_ Explain: \_\_\_\_\_  No  
(¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre?  Sí, año) (Explique)

**WOMEN ONLY (SOLO MUJERES)**

Last Pap Smear: (Última prueba de Papanicolaou) \_\_\_\_\_

Last Mammogram: (Última mamografía) \_\_\_\_\_

Last menstrual cycle: (Último ciclo menstrual) \_\_\_\_\_

**MEN ONLY (SOLO HOMBRES)**

Last PSA (Prostate blood test): (Último PSA (análisis de sangre de próstata) \_\_\_\_\_

Digital rectal exam: (Examen rectal digital) \_\_\_\_\_

**Surgical History (Historia quirúrgica)**

Surgery Name (Nombre de la cirugía)

Year (Año)

---

---

---





**Raj Uttamchandani, MD/ Lorraine Dowdy, DO**  
7000 SW 62nd Avenue Suite 320  
Miami, Florida 33143  
(305) 740-6071 tele  
(305) 740-9623 fax  
www.midwaycare.org

Today's Date: \_\_\_\_\_

(Fecha)

Last Name, First Name, Middle Initial: \_\_\_\_\_

(Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)

Date of Birth: \_\_\_\_\_

(Fecha de nacimiento)

### Sexual and behavioral Questionnaire (Cuestionario de conducta sexualidad)

My gender identity is:  Female  Male  Transgender (MTF)  Transgender (FTM)  Other \_\_\_\_\_  Decline  
(Mi identidad de género es) (Femenino) (Masculino) (Transgénero (MTF)) (Transgénero (FTM)) (Otro) (Rechazo)

I live:  alone  with spouse  with roommate(s)  with parents/family  am homeless  Other \_\_\_\_\_  
(Vivo) (solo) (con cónyuge) (con compañero(s) de habitación) (con padres / familia) (estoy sin hogar) (Otro)

My sexual orientation is:  Bisexual  Heterosexual  Homosexual  Other \_\_\_\_\_  Not sure  
(Mi orientación sexual es) (Otro) (No estoy seguro)

My pronoun is:  She/her(Ella / ella)  He/Him(Él)  They/Them/Their(Ellos / Sus)  Other(Otro) \_\_\_\_\_  
(Mi pronombre es)

Do you currently have sex? (¿Actualmente tienes sexo?)  Yes (Sí)  No

Sexual practices? (¿Prácticas sexuales?)  Vaginal  Anal  Oral  Other(Otro) \_\_\_\_\_

Do you use condoms or some type of barrier protection? (¿Utiliza condones o algún tipo de protección?)  Yes (Sí)

Birth control method?  Oral Contraception  IUD or other implant  None  N/A  
(Método de control de la natalidad?) (Anticoncepción oral) (DIU u otro implante) (Ninguno)

Have you ever been in jail or prison? (¿Alguna vez has estado en la cárcel o prisión?)  Yes (Sí) When? (¿Cuándo?) \_\_\_\_\_

Do you use tobacco products?  Yes(Sí)  Smoke(Fumar)  Chew(Masticar)  Vape  Other: (Otro) \_\_\_\_\_  No  
(¿Usas productos de tabaco?)

If yes, what are they? \_\_\_\_\_ And how often? \_\_\_\_\_ Are you ready to quit?  Yes(Sí)  No  
(Si es así, ¿cuáles son?) (¿Y con qué frecuencia?) (¿Estás listo para dejar de fumar?)

If no, have you ever smoked? \_\_\_\_\_ How long ago did you quit? \_\_\_\_\_  
(Si no, ¿alguna vez has fumado?) (¿Hace cuánto tiempo que renunciaste?)

Do you have a history of using IV drugs or "street" drugs?  Yes(Sí)  No  
(¿Tiene antecedentes de uso de drogas intravenosas o drogas "callejeras"?)

If yes, which one(s): \_\_\_\_\_ How long ago did you quit? \_\_\_\_\_  
(En caso afirmativo, cuál(es)) (¿Hace cuánto tiempo dejó de fumar?)

Do you drink alcohol? (¿Bebes alcohol?)  Yes(Sí)  No

If yes, how many drinks per day? \_\_\_\_\_ How many times a week? \_\_\_\_\_  
(De ser "Sí", ¿cuántas bebidas al día?) (¿Cuántas veces a la semana?)

Did you ever have a problem with alcohol or other substances?  Yes(Sí)  No  
(¿Alguna vez tuvo un problema con el alcohol u otras sustancias?)

If yes, please explain: \_\_\_\_\_  
(De ser "Sí", explíquelo por favor)

Do you drink coffee or other caffeine products? (¿Toma café u otros productos con cafeína?)  Yes (Sí)  No

If yes, which \_\_\_\_\_ How many cups per day? \_\_\_\_\_  
(De ser "Sí", cuál) (¿Cuántas tazas por día?)

Place of Birth? City, State, Country (¿Lugar de nacimiento? Ciudad estado Pais) \_\_\_\_\_

Have you traveled out of the country (¿Ha viajado fuera del país?)  Yes(Sí)  No

If yes where and when? \_\_\_\_\_  
(De ser "Sí", ¿dónde y cuándo?)



**Raj Uttamchandani, MD/ Lorraine Dowdy, DO**  
7000 SW 62nd Avenue Suite 320  
Miami, Florida 33143  
(305) 740-6071 tele  
(305) 740-9623 fax  
www.midwaycare.org

**Patient Self Determination Act Questionnaire**  
(Cuestionario de la Ley de autodeterminación del paciente)

In order to comply with the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990 and Chapter 745 of the Florida Statutes, Please answer the following questions by initialing the applicable response: (Para cumplir con la Ley de Reconciliación Presupuestaria Omnibus de 1990 y el Capítulo 745 de los Estatutos de la Florida, responda las siguientes preguntas iniciando la respuesta correspondiente)

Declaration to decline Life-Prolonging Procedure (Declaración para rechazar el procedimiento de prolongación de la vida)

(Living Will) (testamento vital)

\_\_\_\_\_ I have such a declaration (Tengo una declaración de este tipo) (Please provide a copy) (proporcione una copia)

\_\_\_\_\_ I have NOT made such a declaration (NO he hecho tal declaración)

Health Care Surrogate (Sustituto de atención médica) Name: (Nombre) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ I have a designated health care surrogate (Tengo un sustituto de atención médica designado)

\_\_\_\_\_ I have NOT designated a health care surrogate (NO he designado un sustituto de atención médica)

Durable Power of Attorney (El poder notarial del abogado)

\_\_\_\_\_ I have appointed a durable power of attorney (He designado un poder notarial duradero)

(Please provide a copy) (proporcione una copia)

\_\_\_\_\_ I have NOT appointed a durable power of attorney (NO he designado un poder notarial duradero)

**24-Hour Cancellation & No-Show Policy**  
(Política de cancelación y no presentación las 24 horas)

Each time a patient misses an appointment without providing proper notice, another patient is unable to receive care. Midway Specialty Care Center, Inc. reserves the right to charge a fee of \$25.00 for all missed appointments ("no-shows") and appointments which, absent a compelling reason, are not cancelled with a 24-hour notice. (Cada vez que un paciente falta a una cita sin avisar debidamente, 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 presentarse") y las citas que, sin una razón imperiosa, no se cancelen con un aviso de 24 horas.)

"No-Show" fees will be billed to the patient. This fee is not covered by insurance, and must be paid prior to your next appointment. Multiple no-shows in any twelve (12) month period may result in discharge from the Practice. Thank you for your understanding and cooperation as we strive to best serve the needs of all our patients. (Las tarifas de "No-Show" se facturarán 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 pueden resultar en un alto de la práctica. Gracias por su comprensión y cooperación mientras nos esforzamos por atender mejor las necesidades de todos nuestros pacientes.)

By signing below, you acknowledge that you have reviewed this notice and understand the policy.

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

Printed Name: (Nombre impreso) \_\_\_\_\_

Self (Yo) or Relationship to Patient: (o parentesco con el paciente) \_\_\_\_\_

Signature: (Firma) \_\_\_\_\_ Date: (Fecha) \_\_\_\_\_





**Raj Uttamchandani, MD/ Lorraine Dowdy, DO**  
7000 SW 62nd Avenue Suite 320  
Miami, Florida 33143  
(305) 740-6071 tele  
(305) 740-9623 fax  
www.midwaycare.org

**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 (Nombre)	Date of Birth (Fecha de nacimiento)	Relationship (Relación)	Phone Number (Número de teléfono)
------------------	--	----------------------------	--------------------------------------

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

**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.)



**Raj Uttamchandani, MD/ Lorraine Dowdy, DO**  
7000 SW 62nd Avenue Suite 320  
Miami, Florida 33143  
(305) 740-6071 tele  
(305) 740-9623 fax  
www.midwaycare.org

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT**  
(*AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO*)

**I understand that under the Health insurance Portability & Accountability Act of 1996 (HIPAA) I have certain rights to privacy regarding my protected health information. I understand that this information can and will be used to:**  
(*Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para*)

1. Conduct, plan and direct my treatment and follow-up among the multiple healthcare providers who may be involved in my treatment directly and/or indirectly. (*Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en mi tratamiento directa y / o indirectamente.*)
2. Obtain payment from third party payers. (*Obtener el pago de terceros pagadores.*)
3. Conduct normal healthcare operations such as quality assessments and physician certifications. (*Realizar operaciones sanitarias normales, como evaluaciones de calidad y certificaciones de médicos.*)

I have received, read and understand your **Notice of Privacy Practices** containing a more complete description of the uses and disclosures of my health information. I understand that this organization has the right to change its **Notices of Privacy Practices** from time to time and that I may contact the organization at any time or go to the Company's website to obtain a current copy of the **Notice of Privacy Practices**. (*He recibido, leído y comprendido su Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica. Entiendo que esta organización tiene derecho a cambiar sus Avisos de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con la organización en cualquier momento o visitar el sitio web de la Compañía para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.)*

I understand that I may request in writing that you restrict how my private information is used or disclosed to carry out treatment, payment or healthcare operations. I also understand that you are not required to agree to my requested restrictions, but if you do agree that you are bound to abide by such restrictions. (*Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa 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 si acepta, está obligado a respetar dichas restricciones.*)

Printed Name: (*Nombre impreso*) \_\_\_\_\_

Self  (*Yo*) or Relationship to Patient: (*o parentesco con el paciente*) \_\_\_\_\_

Signature: (*Firma*) \_\_\_\_\_

Date: (*Fecha*) \_\_\_\_\_



**Raj Uttamchandani, MD/ Lorraine Dowdy, DO**  
**7000 SW 62nd Avenue Suite 320**  
**Miami, Florida 33143**  
**(305) 740-6071 tele**  
**(305) 740-9623 fax**  
**www.midwaycare.org**

**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)* \_\_\_\_\_