



Emmanuelle Allseits, MD, AAHIVS  
 Moti Ramgopal, MD FIDSA FACP CPI  
 5979 Vineland Rd, Suite 208  
 Orlando, Florida 32819  
 (407) 745-1171 tele (407) 745-0712 fax  
 www.midwaycare.org

## Cuestionario para Nuevos Pacientes

<b>Información personal</b>	Fecha:
Apellido, nombre, inicial del segundo nombre:	
Nombre preferido:	
Motivo De La Visita:	
Seguro social #:	Fecha de nacimiento:
Pronombres:	<input type="checkbox"/> Ella/Ella/Ella <input type="checkbox"/> Él/Él/Su <input type="checkbox"/> Ellos/Ellos/Ellos <input type="checkbox"/> Ze/Hir/Hirs <input type="checkbox"/> Otros: _____
Género de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Otro: _____
¿Cuál es tu identidad de género actual?	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Transgenero Masculino/ Mujer A Masculino (FTM) <input type="checkbox"/> Transgenero Femenino/Masculino a femenino (MTF) <input type="checkbox"/> No binario/Genderqueer/Genero Fluido <input type="checkbox"/> Prefiere auto describirse: _____ <input type="checkbox"/> No divulgar
Estado civil:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Sig <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> Other _____
Dirección:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
Dirección: <input type="checkbox"/> Igual que la anterior	
City, State and Zip Code	
Numero de telefono(s)	<input type="checkbox"/> Casa: _____ <input type="checkbox"/> Celular: _____ <input type="checkbox"/> Trabajo: _____
Dirección de correo electrónico:	
Inicial portal del paciente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre de contacto y número de teléfono en caso de Emergencia / Relación	

Nombre Del doctor primario:		
Ciudad & Estado del doctor primario:		
Nombre De Trabajo:		
Dirección de trabajo:		
Ciudad, Estado, Código postal:		
Su Ocupación:		
<b>Información del seguro</b>		
Compañía De Su Seguro Médico:		
Telefono:	Numero De Poliza:	Numero De Grupo:
Segundo Seguro Médico:		
Numero De Telefono:	Numero De Poliza:	Numero De Grupo:
Asegurador De Póliza/ Nombre Del Suscriptor:		
Responsable Financiero:		

<p>Raza:</p> <input type="checkbox"/> Nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Haitiano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra raza	<p>Origen étnico:</p> <input type="checkbox"/> Hispanos o Latinos <input type="checkbox"/> No Hispano de Latino <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Rechazar para especificar  <p>Idioma:</p> <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Criollo <input type="checkbox"/> otros: _____
--	--

**Como Supo sobre Midway Specialty Care Center?** \_\_\_\_\_

	Número y Dirección	Numero De Telefono
Nombre De Su Farmacia:		

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

**Firma Del Paciente:**



Emmanuelle Allseits, MD, AAHIVS  
 Moti Ramgopal, MD FIDSA FACP CPI  
 5979 Vineland Rd, Ste 208  
 Orlando, FL 32819  
 (407) 745-1171 tele (407) 745-0712 fax  
 www.midwaycare.org

## Cuestionario médico

<b>-Apellido, Primer Nombre, Inicial Del Medio:</b>	
<b>-Motivo Por Su Visita:</b>	

<b>-Medicamentos:</b> lista de todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluye suplementos y medicinas de venta libre.	
<b>-Alergias</b> ¿Usted es alérgica/o a una droga alérgica o otras Alergias?	
<b>--Historia de cirugía:</b> si corresponde, indique mes / año y qué procedimiento	
<b>Hospitalizaciones:</b> si corresponde, indique mes / año y qué procedimiento	

-Antecedentes médicos pasados, antecedentes familiares: ¿Tiene o hay antecedentes familiares de lo siguiente? Marque los que aplican.

Estado de salud	Uno mismo	Familia	Estado de salud	Uno mismo	Familia
Alcoholismo			HIV		
Anemia			Enfermedad de los riñones		
Sangrante Desorden			Condición de estado mental		
Cancer			Frecuente dolores de cabeza o Migrañas		
Diabetes			Osteoporosis		
Epilepsia/Convulsiones			Trazo		
Glaucoma			Enfermedad de tiroides		
Pérdida de cabello			Enfermedad del corazón		
Problemas del corazón			Problemas de los pulmones		
Colesterol alto y Triglicéridos			Problemas de espalda o articulaciones		
Alta Preson			Problemas de próstata o cervicales		

Otra historia medica en el pasado: \_\_\_\_\_

Otra historia medica en su familia: \_\_\_\_\_

<b>Historia Social:</b>	
-¿Usted fuma cigarrillos?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No Cuánto tiempo/mucho?
¿Interesado/a en Dejar de fumar?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Si es exfumador hace cuanto dejó de fumar?	
-Usa algún otro tipo de tobacco? pipa, cigar, rape, masticar?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No circula amablemente?
-¿Has estado sexualmente activo en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí Si es así, ¿con cuantas parejas hace un año? ____
-Está activo sexualmente con.....	<input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> los dos
-¿Usted usa condones?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Todo el tiempo <input type="checkbox"/> Mayormente del tiempo <input type="checkbox"/> Mitad de tiempo <input type="checkbox"/> Algo de tiempo
-Alguna vez ha sido diagnosticado con una infección transmitida sexualmente? Chlamydia, Gonorrhea, Syphilis, Herpes, Hepatitis B, Hepatitis C, Verrugas	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No circula correspondiente?
-Orientación sexual: (marca todas las aplicables)	<input type="checkbox"/> Straight o Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana/o, Gay o Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> No Se <input type="checkbox"/> Escoge no divulgar <input type="checkbox"/> Otro: _____
-Prácticas sexuales? (marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Oral
-Método anticonceptivos?	<input type="checkbox"/> Oral pastillas <input type="checkbox"/> inyección <input type="checkbox"/> implante <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> N/A
Embarazada?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no se <input type="checkbox"/> N/A
-¿Ha consumido alguna vez una sustancia? (Crystal Meth, Heroína, Opioides, Fentanyl, Extasis, hongos, LSD, Cocaína, Crack)	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No Cual? <input type="checkbox"/> Otros _____
uso droggas intravenosas?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No Que?
Lo sigue usando?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si si es así, droga de elección: _____
¿Ha estado en algún programa de rehabilitación por abuso de sustancias?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Alguna vez ha estado tomando un Suboxone o Metadona?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Circule cual?
¿Está interesado en dejar de consumir sustancias?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
-¿Usted toma alcohol? <input type="checkbox"/> Cerveza/Vino <input type="checkbox"/> Liquor	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Frequentemente?
-Cualquier independencia de alcohol?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
-Tiene hijos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
-¿Lugar donde nació? Ciudad/Estado?	
-¿Tiene usted algún problema con su vivienda, como condiciones inseguras / sucias vivienda temporal o no tiene un lugar para vivir?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No Circule amablemente?
En los últimos 12 meses usted alguna vez se preocupó de que se le acabara la comida antes de tener dinero para comprar más?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
En los últimos 12 meses su comida no le duro nunca o no tenía dinero para obtener más?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No

**Si es VIH positivo responda las siguientes preguntas. Si es VIH negativo, omite esta página.**

¿Cuándo fue diagnosticado con VIH?	Fecha:
¿Cómo cree que pudo haber contraído el VIH?	Por favor explique:
¿Cuál es el recuento más bajo de CD4 (células T ) que ha tenido ? ¿Cuál es su último recuento de CD4 ?	Recuento más bajo de CD4: Último recuento de CD4, enumerar?:
Su carga viral es totalmente indetectable ?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se
¿Cuál es su medicación actual contra el VIH ?	Medicamentos:
¿Quién era su proveedor del VIH? ( proporcione información de contacto)	Información del proveedor anterior:

Marque con un círculo todos los medicamentos contra el VIH que haya tomado en el pasado:

Atripla	Biktarvy	Cabenuva	Cimduo	Complera	Combivir	Delstrigo	Dovato
Descovy	Emtriva	Eпивir	Epzicom	Eduvant	Evotaz	Genvoya	Intelence
Juluca	Kaletra	Isentress	Norvir	Odefsey	Prezcobix	Prezista	Reyataz
Rukobia	Retrovir	Tivicay	Trogarzo	Triumeq	Temixys	Truvada	Tybost
Norvir	Symtuza	Stribild	Symfi and Symfi Lo	Selzentry	Viread	Vocabria	Ziagen
Otros medicamentos no numerados en la lista anterior:							
¿Es alérgica a algún medicamento para el VIH?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    Si es si, cual es?			
¿Cualquier historial de resistencia a los medicamentos?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    Si es si, cual es?			

¿Ha tenido antecedentes de enfermedades oportunistas relacionadas con el VIH ?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    Si es si, por favor circular abajo:			
Infección por microbacterias	Tuberculosis	Syphilis	Aspergillosis	Cryptococcosis	Histoplasmosis		
Criptosporidiosis	Neumonía por Pneumocystis Carinii (PCP)	Herpes Simple que dura más de un mes	Citomegalovirus	Herpes Zoster (Culebrilla)	Prog Mult. Leucoencefalopatía (PML)		
Cancer Cervical	Lymphoma	Sarcoma de kaposi	Cancer anal	Toxoplasmosis	Neumonía no relacionada con PCP		



Emmanuelle Allseits, MD, AAHIVS  
Moti Ramgopal, MD FIDSA FACP CPI  
5979 Vineland Rd, Ste 208  
Orlando, FL 32819  
(407) 745-1171 tele (407) 745-0712 fax  
[www.midwaycare.org](http://www.midwaycare.org)

## Cuestionario de la Ley de autodeterminación del paciente

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

Declaración para rechazar el procedimiento de prolongación de la vida

Testamento vital

Tengo una declaración de este tipo; proporcione una copia

NO he hecho tal declaración

Sustituto de atención médica:

Nombre \_\_\_\_\_

Tengo un sustituto de atención médica designado

NO he designado un sustituto de atención médica

El poder notarial del abogado

He designado un poder notarial duradero

(proporcione una copia)

NO he designado un poder notarial duradero

## Política de cancelación y no presentación las 24 horas

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.

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.

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

Nombre impreso \_\_\_\_\_

Yo     Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

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



Emmanuelle Allseits, MD, AAHIVS  
Moti Ramgopal, MD FIDSA FACP CPI  
5979 Vineland Rd, Ste 208  
Orlando, FL 32819  
(407) 745-1171 tele (407) 745-0712 fax  
[www.midwaycare.org](http://www.midwaycare.org)

## CONSENTIMIENTOS

### Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud

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.

De acuerdo con la Ley, Yo \_\_\_\_\_  
(Firma del paciente)

or la presente autorizo a Midway Specialty Care Center, Inc. para divulgar cualquier información sobre mi salud a las siguientes personas o entidades

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Número de teléfono
--------	---------------------	----------	--------------------

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

### Dejar mensajes para usted

En el caso de que no esté disponible cuando Midway Specialty Care Center, Inc. llame con información médica

Por favor marque la casilla correspondiente y ponga sus iniciales al lado.

- \_\_\_\_\_ Por favor deje mensajes en mi contestador automático o correo de voz.
- \_\_\_\_\_ Por favor NO deje mensajes en mi contestador automático o correo de voz.)
- \_\_\_\_\_ NO TENGO un contestador automático o correo de voz.



Emmanuelle Allseits, MD, AAHIVS  
Moti Ramgopal, MD FIDSA FACP CPI  
5979 Vineland Rd, Ste 208  
Orlando, FL 32819  
(407) 745-1171 tele (407) 745-0712 fax  
[www.midwaycare.org](http://www.midwaycare.org)

### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO

**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. 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. Obtener el pago de terceros pagadores.
3. Realizar operaciones sanitarias normales, como evaluaciones de calidad y certificaciones de médicos.

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**.

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.

Nombre impreso \_\_\_\_\_

Yo     Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_





Emmanuelle Allseits, MD, AAHIVS  
Moti Ramgopal, MD FIDSA FACP CPI  
5979 Vineland Rd, Ste 208  
Orlando, FL 32819  
(407) 745-1171 tele (407) 745-0712 fax  
[www.midwaycare.org](http://www.midwaycare.org)

### Autorización y asignación de seguros

Todos los cargos se pagan en el momento del servicio.

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.

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.

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.

Nombre impreso \_\_\_\_\_

Yo    o  Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_