



Emmanuelle Allseits, MD AAHIVS
Craig Callam, APRN / Aylin Perez, PA-C
5979 Vineland Rd., Ste. 208
Orlando, FL 32819
(407) 745-1171 tele
(407) 745-0712 fax
www.midwaycare.org

New Patient Questionnaire
(Cuestionario para Nuevos Pacientes)

Personal Information
(Información Personal)

Today's Date:
(Fecha)

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

Last Name, First Name, Middle Initial:
Date of Birth:

Preferred Name:
Social Security Number:

Sex Assigned at Birth: Female Male Intersex Prefer not to answer

What is your current gender identity: Female Male Transgender male Transgender female Non-binary Prefer not to answer

Relationship Status: Single Sig Other Separated Married Divorced Widowed

Home Address:
City, State and Zip Code:

Mailing Address Same as Above
City, State and Zip Code:

Phone Number(s) Home: Cell: Work:

Check box representing preferred number for patient reminders, etc.

Email Address:
Enable Patient Portal: Yes(Si) No

Emergency Contact:
Phone: Relationship:

Name of Primary Care Provider:

Address:
City, State and Zip Code:

Employment Status: Full time Part time Retired Self None

Student: Full time Part time None

Employer Name/School Name:

Address:
City, State and Zip Code:

Occupation:

Insurance Information (Información del seguro)

Primary Insurance Company:
Policy Holder:

Policy Number:
Group Number:

Secondary Insurance Company:
Policy Holder:

Policy Number:
Group Number:

Financial Responsible Party:



Emmanuelle Allseits, MD AAHIVS
 Craig Callam, APRN / Aylin Perez, PA-C
 5979 Vineland Rd., Ste. 208
 Orlando, FL 32819
 (407) 745-1171 tele
 (407) 745-0712 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 *(Afro americano)*
- 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 supedido local / por correo: marque el preferido)*

Pharmacy <i>(Farmacia Local)</i>	Address <i>(Dirección)</i>	Telephone Number <i>(Número de teléfono)</i>
---	-----------------------------------	--

<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 contratadas 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 desempeño y ahorro de costos. Revisamos cada farmacia que agregamos a nuestra red para determinar sus verdaderas capacidades y servicios antes de confiarles a nuestros pacientes su atención. El uso de nuestro programa 340B ayuda a proporcionar fondos para aumentar los servicios al cliente, como un administrador de casos y un laboratorio interno y salud mental, y nos ayuda a brindar atención a pacientes sin seguro.)

- Yes, Sign me up *(Sí, inscribe me)*
- 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)*



Emmanuelle Allseits, MD AAHIVS
 Craig Callam, APRN / Aylin Perez, PA-C
 5979 Vineland Rd., Ste. 208
 Orlando, FL 32819
 (407) 745-1171 tele
 (407) 745-0712 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)

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
(Sarpullido, picazón en la piel o trastorno de la piel) | <input type="checkbox"/> Genital or rectal warts or ulcers
(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 visión) | <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 nocturnos) | |

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 del incidente a las autoridades?)



Emmanuelle Allseits, MD AAHIVS
 Craig Callam, APRN / Aylin Perez, PA-C
 5979 Vineland Rd., Ste. 208
 Orlando, FL 32819
 (407) 745-1171 tele
 (407) 745-0712 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 (Fiebre sreumáticas) |
| <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 (Esclerosismúltiple) | <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) | | |
| <input type="checkbox"/> Chemical dependency (dependenciaquímica) | | | |

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)



Emmanuelle Allseits, MD AAHIVS
 Craig Callam, APRN / Aylin Perez, PA-C
 5979 Vineland Rd., Ste. 208
 Orlando, FL 32819
 (407) 745-1171 tele
 (407) 745-0712 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)

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 the 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
 (¿Algunavez ha tenido una prueba PPD positiva? Sí, explique)

Have you ever had Meningitis? Yes, Explain: (¿Algunavez 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
 (¿Algunavez 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) _____



Emmanuelle Allseits, MD AAHIVS
Craig Callam, APRN / Aylin Perez, PA-C
5979 Vineland Rd., Ste. 208
Orlando, FL 32819
(407) 745-1171 tele
(407) 745-0712 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 conductasexualidad)

My gender identity is: Female Male Transgender (MTF) Transgender (FTM) Other Decline
I live: alone with spouse with roommate(s) with parents/family am homeless Other
My sexual orientation is: Bisexual Heterosexual Homosexual Other Not sure
My pronoun is: She/her He/Him They/Them/Their Other
Do you currently have sex? Yes No
Sexual practices? Vaginal Anal Oral Other
Do you use condoms or some type of barrier protection? Yes
Birth control method? Oral Contraception IUD or other implant None N/A
Have you ever been in jail or prison? Yes When? No
Do you use tobacco products? Yes Smoke Chew Vape Other No
If yes, what are they? And how often? Are you ready to quit? Yes No
If no, have you ever smoked? How long ago did you quit?
Do you have a history of using IV drugs or "street" drugs? Yes No
If yes, which one(s)? How long ago did you quit?
Do you drink alcohol? Yes No
If yes, how many drinks per day? How many times a week?
Did you ever have a problem with alcohol or other substances? Yes No
If yes, please explain:
Do you drink coffee or other caffeine products? Yes No
If yes, which? How many cups per day?
Place of Birth? City, State, Country
Have you traveled out of the country? Yes No
If yes where and when?



Emmanuelle Allseits, MD AAHIVS
 Craig Callam, APRN / Aylin Perez, PA-C
 5979 Vineland Rd., Ste. 208
 Orlando, FL 32819
 (407) 745-1171 tele
 (407) 745-0712 fax
 www.midwaycare.org

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

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

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

Medical Questionnaire
 (Cuestionario médico)

What was the date of your positive diagnosis? _____
 (¿Cuál fue la fecha de su diagnóstico positivo?)

Where were you living at the time of diagnosis? _____
 (¿Dónde vivía al momento del diagnóstico?)

How did you contract HIV? _____
 (¿Cómo contrajiste el VIH?)

What is the lowest your Absolute CD4 count (T-cells) have been in the past? _____
 (¿Cuál es el valor más bajo que ha tenido su recuento absoluto de CD4 (células T) en el pasado?)

Are you enrolled in Ryan White? Yes No
 (¿Está inscrito en Ryan White?) Sí No

Are you enrolled in ADAP? Yes No
 (¿Está inscrito en ADAP?) Sí No

Are you of Haitian descent? Yes No
 (¿Eres de ascendencia haitiana?) Sí No

Are you a migrant worker? Yes No
 (¿Es usted un trabajador migrante?) Sí No

Are you a veteran? Yes No
 (¿Eres veterano?) Sí No

Highest level of education? (check one) 8th Grade or Less Between 8th Grade and 12th Grade College
 (El más alto nivel de educación? (marque uno)) 8vo grado o menos Entre 8vo grado y 12vo grado Universidad

HIV Treatment History (Skip if you are newly diagnosed with HIV)
 (Historial de tratamiento del VIH (omite si le diagnosticaron VIH recientemente))

Please list your current HIV Medication(s): _____
 (Indiques (s) medicamento (s) actual (es) contra el VIH:)

_____, how long have you been on this? (these) _____
 (¿cuánto tiempo ha estado en esto? (estas))

Are you allergic to any HIV medications? Yes No, if yes which one(s)? _____
 (¿Es alérgico a algún medicamento contra el VIH?) Sí No, encase afirmativo, ¿cuál (es)?

¿Ha tenido antecedentes de enfermedades oportunistas relacionadas con el VIH?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si es sí, 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
 Craig Callam, APRN / Aylin Perez, PA-C
 5979 Vineland Rd., Ste. 208
 Orlando, FL 32819
 (407) 745-1171 tele
 (407) 745-0712 fax
www.midwaycare.org

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

Please circle any HIV medications that you were on in the past

(Marque con un círculo cualquier medicamento contra el VIH que hay a tomado en el pasado:)

Multi tab Regimens

Legacy Drugs*(The following are no longer, or rarely prescribed)*

(Los siguientes ya no se recetan o rara vez se prescriben)

Agenerase	Crixivan	Kaletra	Retrivor	Viracept
Aptivius	Fuzeon	Lexiva	Trizivir	Viramune XR
Combivir	Invirase	Rescriptor	Videx EC	Zer

Entry/Attachment Inhibitors

Selzentry	Trogarzo	Fostemsavir
-----------	----------	-------------

Non-Nucleoside reverse transcriptase Inhibitors*(Non-nukes)*

Edurant	Intelence	Pifeltro	Sustiva
---------	-----------	----------	---------

Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors*(Nukes)*

Cimduo	Emtriva	Epzicom	Viread	Temixys
Descovy	Epivir	Truvada	Ziagen	

PK Inhibitors*(Boosters)*

Tybost	Norvir
--------	--------

Protease Inhibitors*(Boosted and unboosted)*

Evotaz	Prezcobix	Prezista	Reyataz
--------	-----------	----------	---------

Integrase Inhibitors

Isentress HD	Tivicay
--------------	---------

Single-tab regimens

Acreptiga	Complera	Genvoya	Stribild	Symtuza
Atripla	Delstrigo	Juluca	Symfi	Triumeq
Biktarvy	Dovato	Odefsey	Symfi Lo	



Emmanuelle Allseits, MD AAHIVS
Craig Callam, APRN / Aylin Perez, PA-C
5979 Vineland Rd., Ste. 208
Orlando, FL 32819
(407) 745-1171 tele
(407) 745-0712 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 estetipo)* **(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 relación con el paciente)* _____

Signature: *(Firma)* _____ Date: *(Fecha)* _____



Emmanuelle Allseits, MD AAHIVS
 Craig Callam, APRN / Aylin Perez, PA-C
 5979 Vineland Rd., Ste. 208
 Orlando, FL 32819
 (407) 745-1171 tele
 (407) 745-0712 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 le pidamos 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.)



Emmanuelle Allseits, MD AAHIVS
Craig Callam, APRN / Aylin Perez, PA-C
5979 Vineland Rd., Ste. 208
Orlando, FL 32819
(407) 745-1171 tele
(407) 745-0712 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, según la Ley de Responsabilidad y Portabilidad 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 multiple 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 relación con el paciente)* _____

Signature: *(Firma)* _____

Date: *(Fecha)* _____



Emmanuelle Allseits, MD AAHIVS
Craig Callam, APRN / Aylin Perez, PA-C
5979 Vineland Rd., Ste. 208
Orlando, FL 32819
(407) 745-1171 tele
(407) 745-0712 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 acelerar los pagos de las compañías de seguros. 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 seguro: 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 los servicios médicos prestados a mí o a mis dependientes. Entiendo que soy responsable de cualquier monto no cubierto por 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, debo obtener una derivación de mi proveedor de atención primaria para CADA visita al Midway Specialty Care Center. Si NO se obtiene uno, entiendo que seré responsable de todos los cargos)

Printed Name: *(Nombre impreso)* _____

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

Signature: *(Firma)* _____

Date: *(Fecha)* _____



Emmanuelle Allseits, MD AAHIVS
Craig Callam, APRN / Aylin Perez, PA-C
5979 Vineland Rd., Ste. 208
Orlando, FL 32819
(407) 745-1171 tele
(407) 745-0712 fax
www.midwaycare.org

Authorization for Disclosure of Protected Health Information

(Autorización para la divulgación de información médica protegida)

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

(Por la presente solicito y autorizo la divulgación de copias de mis registros médicos a Midway Specialty Care Center, Inc.)

Records can be sent to the address above.

(Los registros se pueden enviar a la dirección anterior.)

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

(Entiendo que mis registros médicos pueden contener copias de la información recibida de otro centro de atención médica o médico. También autorice la divulgación de lo siguiente a Midway Specialty Care Center, Inc.)

Type of information to be disclosed: (Please check all that apply)

(Tipo de información que se divulgará: (marque todas las que correspondan))

Entire Medical Record

(Historial médico completo)

Radiology Reports

(Informes de radiología)

All Hospital Records

(Todos los registros del hospital)

Consultation

(Consulta)

Billing Statements

(Estados de cuenta)

Laboratory Reports

(Informes de laboratorio)

Dental Records

(Registros dentales)

Pathology Reports

(Informes de patología)

Other:

(Otro:)

Office Chart Notes

(Notas de la carta de oficina)

Emergency Department Reports

(Informes del departamento de emergencias)

In addition, I authorize and I am aware that this information may include health information relating to (INITIAL if applicable): (Además, autorizo y soy consciente de que esta información puede incluir información de salud relacionada con (INICIAL si corresponde):)

HIV/AIDS Infection Substance Abuse (alcohol/drugs) Genetic Testing Mental Health
(Infección por VIH / SIDA) (Abuso de sustancias (alcohol / drogas)) (Pruebas genéticas) (Salud mental)

Printed Name: DOB:
(Nombre en letra de imprenta:) (Fecha de nacimiento:)

Self or Relationship to Patient: Date:
(Yo mismo) (O parentesco con el paciente:) (Fecha:)

Signature: Last 4 digits of Social:
(Firma:) (Últimos 4 dígitos de Social:)

This request is set to expire on:
(Esta solicitud expirará el:)



Emmanuelle Allseits, MD AAHIVS
Craig Callam, APRN / Aylin Perez, PA-C
5979 Vineland Rd., Ste. 208
Orlando, FL 32819
(407) 745-1171 tele
(407) 745-0712 fax
www.midwaycare.org

Consentimiento general para consentir atención y tratamiento

AL PACIENTE: Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y el 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. El objetivo de este formulario de consentimiento es simplemente obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria destinada a identificar el 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.

Firma del paciente (o representante personal) _____ Fecha _____

Nombre con letras de molde del paciente (o representante personal) _____ Relación _____

Nombre con letras de molde del testigo: _____ Título del cargo _____



Emmanuelle Allseits, MD AAHIVS
Craig Callam, APRN / Aylin Perez, PA-C
5979 Vineland Rd., Ste. 208
Orlando, FL 32819
(407) 745-1171 tele
(407) 745-0712 fax
www.midwaycare.org

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL EXAMEN PÉLVICO/GENITOURINARIO(A)

(Según la Sección 456.51 de F.S., se aplica a TODOS los pacientes)

El estado de Florida define un examen pélvico como un examen manual de los órganos del sistema reproductivo femenino utilizando la mano enguantada o instrumentación del proveedor. Un examen pélvico es un examen de la vagina, el cuello uterino, el útero, las trompas de Falopio, los ovarios, el recto o el tejido u órganos pélvicos externos. Un examen genitourinario en hombres incluyó genitales, recto, próstata y ganglios linfáticos pélvicos. Estos procedimientos se utilizan para diagnosticar y/o tratar condiciones que involucran la pelvis. Se puede realizar utilizando cualquier combinación de modalidades, que pueden incluir la mano enguantada o la instrumentación del proveedor de atención médica. A los efectos de este consentimiento, se incluye la ecografía vaginal.

Al firmar este consentimiento, yo _____ autorizo y dirijo
(Escriba el nombre del paciente en letra de imprenta)

Midway Primary Care, LLC.

y mi proveedor de atención médica tratante, el personal médico empleado y / o contratado de Midway Primary Care, LLC. según lo considere necesario mi médico tratante, y los estudiantes de medicina y / o estudiantes que reciben capacitación como proveedores de atención médica que puedan estar involucrados bajo mi cuidado, para realizar un examen pélvico, incluida una ecografía vaginal, como se describió anteriormente. Entiendo que puede ser necesario un examen pélvico mientras reciba atención médica de Midway Primary Care, LLC. en el futuro, y por lo tanto acepto y reconozco que este consentimiento por escrito se aplica a todos y cada uno de los exámenes pélvicos realizados hoy o en el futuro. por un proveedor de atención médica, estudiante de medicina o estudiante en formación como proveedor de atención médica empleado y / o contratado por Midway Primary Care, LLC. a menos que yo revoque este consentimiento por escrito entregando una copia de la revocación a Midway Primary Care, LLC.

Con mi firma a continuación, reconozco que he leído o me han leído y entiendo el contenido de este formulario.

Firma del paciente / representante legal

Nombre y fecha impresos

Firma del testigo

Nombre y fecha impresos

Firma del médico / proveedor

Nombre y fecha impresos

Implementación 1 de julio de 2020, F.S. Sección 456.51