



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073  
Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

**DOB** \_\_\_\_\_

## Bilingual New Patient Packet (English / Spanish)

---

**Date / Fecha:** \_\_\_\_\_

---

### Personal Information / Información Personal

Full Name / Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Date of Birth / Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Age / Edad: \_\_\_\_\_

Gender / Género: \_\_\_\_\_

Phone Number / Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Email / Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Address / Dirección: \_\_\_\_\_

City / Ciudad: \_\_\_\_\_ State / Estado: \_\_\_\_\_ Zip / Código Postal: \_\_\_\_\_

Language / Idioma: \_\_\_\_\_

Communication Preference / Preferencia de Comunicación: \_\_\_\_\_

Ethnicity / Etnicidad: \_\_\_\_\_

Race / Raza: \_\_\_\_\_

Religion / Religión: \_\_\_\_\_

Marital Status / Estado Civil: \_\_\_\_\_

Spouse's Name / Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_

Spouse Phone / Teléfono del Cónyuge: \_\_\_\_\_

Emergency Contact / Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Relationship / Relación: \_\_\_\_\_

Phone / Teléfono: \_\_\_\_\_



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073  
Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

**DOB** \_\_\_\_\_

---

## Insurance Information / Información de Seguro

### Primary Insurance / Seguro Primario

Primary Insured Name / Nombre del Asegurado Principal: \_\_\_\_\_

DOB / Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relationship to Insured / Relación con el Asegurado: \_\_\_\_\_

SSN / Seguro Social: \_\_\_\_\_

Phone / Teléfono: \_\_\_\_\_

Driver's License / Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_

Insurance Name / Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Plan Name / Nombre del Plan: \_\_\_\_\_

Subscriber ID / ID del Suscriptor: \_\_\_\_\_

Group # / Número de Grupo: \_\_\_\_\_

### Secondary Insurance / Seguro Secundario

Secondary Insured Name / Nombre del Asegurado Secundario: \_\_\_\_\_

DOB / Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relationship / Relación: \_\_\_\_\_

SSN / Seguro Social: \_\_\_\_\_

Phone / Teléfono: \_\_\_\_\_

Insurance Name / Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Plan Name / Nombre del Plan: \_\_\_\_\_

Subscriber ID / ID del Suscriptor: \_\_\_\_\_

Group # / Número de Grupo: \_\_\_\_\_



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073

Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

**DOB** \_\_\_\_\_

---

**Pharmacy / Farmacia**

Preferred Pharmacy / Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_

Location & Phone / Ubicación y Teléfono: \_\_\_\_\_

---

**Employment / Empleo**

Employment Status / Estado Laboral: \_\_\_\_\_

Job Title / Puesto: \_\_\_\_\_

Employer / Empleador: \_\_\_\_\_

Work Phone / Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073  
Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

**DOB** \_\_\_\_\_

## Previous Providers / Proveedores Previos

### **Previous Primary Care Provider / Médico de Cabecera Anterior**

Name / Nombre: \_\_\_\_\_

Clinic / Clínica: \_\_\_\_\_

Phone / Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Address / Dirección: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

### **Specialists / Especialistas (last 2-3 years)**

1. Name / Nombre: \_\_\_\_\_

Specialty / Especialidad: \_\_\_\_\_

Phone / Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

2. Name / Nombre: \_\_\_\_\_

Specialty / Especialidad: \_\_\_\_\_

Phone / Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

3. Name / Nombre: \_\_\_\_\_

Specialty / Especialidad: \_\_\_\_\_

Phone / Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### **Previous Medical Facilities / Instalaciones Previas**

1. Facility / Instalación: \_\_\_\_\_

Type / Tipo: \_\_\_\_\_

Phone / Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

2. Facility / Instalación: \_\_\_\_\_

Type / Tipo: \_\_\_\_\_

Phone / Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073  
Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB \_\_\_\_\_

## HEALTH HISTORY HISTORIAL MÉDICO

### **Patient Acknowledgment of Accuracy** **Declaración de Exactitud del Paciente**

I understand that the information I provide in this form is important for my medical care. I certify that the information I provide is complete and accurate to the best of my knowledge.

Entiendo que la información que proporciono en este formulario es importante para mi atención médica. Certifico que la información proporcionada es completa y precisa según mi leal saber y entender.

### **Current Medical Conditions** **Condiciones Médicas Actuales**

Please check any conditions you have been diagnosed with:

Por favor marque cualquier condición con la que haya sido diagnosticado:

- Diabetes / Diabetes
- High blood pressure / Presión arterial alta
- Heart disease / Enfermedad cardíaca
- Stroke / Accidente cerebrovascular
- Cancer (type): \_\_\_\_\_ / Cáncer (tipo): \_\_\_\_\_
- Thyroid disorder / Trastorno de tiroides
- Kidney disease / Enfermedad renal
- Liver disease / Enfermedad hepática
- Seizures / Convulsiones
- Migraines / Migrañas
- Asthma / COPD / Asma / EPOC
- Depression / Anxiety / Depresión / Ansiedad
- Other: \_\_\_\_\_ / Otro: \_\_\_\_\_



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073  
Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

**DOB** \_\_\_\_\_

**Past Surgeries or Hospitalizations**  
**Cirugías Previas u Hospitalizaciones**

Please list surgeries or hospitalizations with approximate year if known:

Por favor indique cirugías u hospitalizaciones con el año aproximado si lo conoce:

---

---

---

---

---

---

---

---

**Medications**  
**Medicamentos**

Please list all medications you currently take, including prescriptions, over-the-counter medications, vitamins, and supplements:

Por favor liste todos los medicamentos que toma actualmente, incluyendo medicamentos recetados, de venta libre, vitaminas y suplementos:

---

---

---

---

---

---

---

---



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073  
Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

**DOB** \_\_\_\_\_

### Allergies

### Alergias

Do you have any allergies to medications, foods, or environmental factors?

¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos o factores ambientales?

No / No

Yes / Sí → Please list / Por favor indique:

---

---

### Reaction(s) / Reacciones:

---

---

---

---

### Family Medical History

### Antecedentes Médicos Familiares

Please indicate if any immediate family member has had the following conditions:

Por favor indique si algún familiar cercano ha tenido las siguientes condiciones:

Diabetes / Diabetes

High blood pressure / Presión arterial alta

Heart disease / Enfermedad cardíaca

Stroke / Accidente cerebrovascular

Cancer / Cáncer

Other: \_\_\_\_\_ / Otro: \_\_\_\_\_

---

---



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073  
Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB \_\_\_\_\_

**Detailed Family History (Optional)**  
**Historia Familiar Detallada (Opcional)**

List medical conditions and/or cause of death if applicable:

Indique condiciones médicas y/o causa de fallecimiento si aplica:

Mother / Madre: \_\_\_\_\_

Father / Padre: \_\_\_\_\_

Siblings / Hermanos: \_\_\_\_\_

Spouse / Cónyuge: \_\_\_\_\_

Children / Hijos: \_\_\_\_\_

Additional / Otros: \_\_\_\_\_

Comments / Comentarios:

---

---

---

**Lifestyle**  
**Estilo de Vida**

Do you currently smoke?

¿Fuma actualmente?

No / No

Yes / Sí → How much? / ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

Do you drink alcohol?

¿Consume alcohol?

No / No

Yes / Sí → How often? / ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Do you use recreational drugs?

¿Usa drogas recreativas?

No / No

Yes / Sí → Please list / Por favor indique: \_\_\_\_\_

Do you exercise regularly?

¿Hace ejercicio regularmente?

No / No

Yes / Sí → Type, frequency, intensity / Tipo, frecuencia, intensidad:



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073  
 Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB \_\_\_\_\_

## Review of Systems / Revisión de Sistemas

### System 1: General / General (Salud General)

Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No
Arthritis / Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Back Pain / Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bone Fracture / Fractura ósea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer / Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes / Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Foot Pain / Dolor en los pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gout / Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Headaches / Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joint Pain / Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Memory Loss / Pérdida de memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muscle Weakness / Debilidad muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Numbness / Tingling / Entumecimiento / Hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesity / Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis / Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatic Fever / Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weight Loss / Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fever / Chills / Fiebre / Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	None / Ninguno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073  
 Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB \_\_\_\_\_

## System 2: Skin, Hair, & Nails / Piel, Cabello y Uñas

Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No
Abnormal Pigmentation / Pigmentación anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Boils / Forúnculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brittle Nails / Uñas quebradizas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dry Skin / Piel seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eczema / Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frequent Infections / Infecciones frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hives / Urticaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Itching / Picazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jaundice / Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis / Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rash / Erupción cutánea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skin Disease / Enfermedad de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hair/Nail Changes / Cambios en cabello/ uñas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	None / Ninguno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

## System 3: Respiratory / Respiratorio

Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No
Any Lung Troubles / Problemas pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma or Wheezing / Asma o sibilancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronchitis / Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronic / Frequent Cough / Tos crónica o frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shortness of Breath / Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulty Breathing / Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleurisy / Pneumonitis / Pleuritis / Neumonitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spitting up blood / Expectorcación con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	URI (Cold) Now / Resfriado actualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
None / Ninguno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073

Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB \_\_\_\_\_

## System 4: Cardiovascular / Cardiovascular

Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No
Awakening in night smothering / Despertar por ahogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest Pain / Angina / Dolor en el pecho / Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congestive Heart Failure / Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cyanosis / Cianosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulty walking 2 blocks / Dificultad para caminar 2 cuadras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edema / Swelling / Edema / Hinchazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Attacks / Infartos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Murmur / Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Trouble / Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
High Blood Pressure / Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irregular Heartbeat / Latido irregular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pain in legs / Dolor en las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitations / Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poor Circulation / Mala circulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varicose Veins / Phlebitis / Venas varicosas / Flebitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
None / Ninguno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

## System 5: Gastrointestinal / Gastrointestinal

Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No
Abdominal Pain / Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appetite Changes / Cambios en el apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Black Stools / Heces negras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleeding with Bowel Movements / Sangrado con evacuaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blood in Vomit / Sangre en vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crohn's Disease / Colitis / Enfermedad de Crohn / Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constipation / Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cramping / Abdominal Pain / Calambres / Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulty Swallowing / Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073

Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

**DOB** \_\_\_\_\_

Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No
Diverticulosis / Diverticulosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gallbladder Disease / Enfermedad de la vesícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gas / Bloating / Gases / Distensión abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heartburn / Indigestion / Acidez / Indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorrhoids / Piles / Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis / Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernia / Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liver Trouble / Problemas hepáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nausea / Vomiting / Náusea / Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Painful Bowel Movements / Evacuaciones dolorosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peptic Ulcer / Úlcera péptica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frequent Diarrhea / Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recent change in bowel habits / Cambio reciente en hábitos intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	None / Ninguno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

## System 6: Genitourinary / Genitourinario

Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No
Blood in Urine / Sangre en orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bright's Disease / Enfermedad de Bright	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Burning or Painful Urination / Ardor o dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Decrease in force/flow / Disminución de flujo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frequent Urination / Micción frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney Stones / Piedras en riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kidney Trouble / Problemas renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Night time Urinating / Micción nocturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prostate Problems / Problemas de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
None / Ninguno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073

Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

**DOB** \_\_\_\_\_

## System 7: Eyes, Ears, Nose, Throat, & Mouth (EENT) / Ojos, Oídos, Nariz, Garganta y Boca

Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No
Blurring / Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Double Vision / Visión doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eye Disease or Injury / Enfermedad o lesión ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eye Pain / Discharge / Dolor ocular / Secreción ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glasses / Gafas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma / Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Itchy Eyes / Picazón ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vision Changes / Cambios de visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ear Disease / Enfermedad de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ear Infections / Infecciones de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ears ringing / Zumbido en oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hearing problems / Problemas de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impaired Hearing / Pérdida de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronic Sinus Trouble / Problemas crónicos de sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Itchy Nose / Picazón nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nosebleeds / Sangrado nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Postnasal drip / Goteo postnasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis / Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sneezing / Runny Nose / Estornudos / Secreción nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gum Bleeding / Sangrado de encías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoarseness / Ronquera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loss of Taste / Pérdida del gusto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sore Throat / Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mononucleosis / Mononucleosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sores / Llagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	None / Ninguno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

## System 8: Neurological / Neurológico

Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No
Convulsions / Seizures / Convulsiones / Crisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dizziness / Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fainting Spells / Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gait / Coordination / Marcha / Coordinación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trauma / Traumatismos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Headaches / Migraines / Dolores de cabeza / Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073

Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB \_\_\_\_\_

Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No
Paralysis / Parálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychiatric Care / Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stroke / Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tremor / Hand shaking / Temblor / Sacudida de manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	None / Ninguno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

## System 9: Hematologic & Endocrine / Hematológico y Endocrino

Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No
Become colder than before / Se enfría más que antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Changes in Hair Growth / Cambios en crecimiento del cabello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Changes in hat/glove size / Cambios en talla de guantes/gorros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue / Cansancio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sweating / Sudores / Night Sweats / Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fever / Chills / Fiebre / Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequent infections / Infecciones frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Goiter / Bocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heat / Cold intolerance / Intolerancia al calor/frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormone Therapy / Terapia hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lymph Node Enlargement / Agrandamiento de ganglios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sleep Problems / Problemas de sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abnormal Bruising / Hematomas anormales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia / Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blood Disease / Enfermedad sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excessive bleeding after tooth extraction / Sangrado excesivo tras extracción dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Phlebitis / Flebitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Slow to heal / Lento a cicatrizar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thyroid Disease / Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weakness / Paralysis / Debilidad / Parálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weight Change / Cambio de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hematologic / Endocrine: None / Ninguno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073

Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB \_\_\_\_\_

## System 10: Mental Health / Salud Mental

Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No
Depression / Ansiedad / Depresión / Anxiety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eating Disorder / Trastorno alimenticio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Panic when stressed / Pánico bajo estrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetite Problems / Problemas de apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cry frequently / Llorar frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Attempted suicide / Intento de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seriously thought about hurting self / Pensamientos suicidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble sleeping / Problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Counseling / Consejería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bi-Polar disorder / Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

## System 11: Men Only / Solo Hombres

Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No
Night urination / Micción nocturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Loss of libido / Pérdida de libido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blood in urine / Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kidney/Bladder/Prostate infection (last 12 mo) / Infección renal/vejiga/próstata (últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulty with erection / ejaculation / Dificultad con erección/eyaculación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073

Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB \_\_\_\_\_

## System 12: Women Only Gynecologic History / Solo Mujeres Historia Ginecológica

Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No	Symptom / Síntoma	<input type="checkbox"/> Yes / Sí	<input type="checkbox"/> No / No
Heavy periods / Irregular / Spotting / Pain / Periodos abundantes / Irregulares / Manchado / Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pregnant / Breastfeeding / Embarazada / Lactando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hot flashes / Night sweats / Sofocos / Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstrual tension / Bloating / Irritability / Tensión menstrual / Hinchazón / Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recurrent vaginal infections / Infecciones vaginales recurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pain / Bleeding with sex / Dolor / Sangrado durante relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Field / Campo	Response / Respuesta		Field / Campo	Response / Respuesta				
Age at onset of menstruation / Edad al inicio de la menstruación	_____		Date of last menstruation / Fecha de última menstruación	_____				
Number of pregnancies / Número de embarazos	_____		Length of cycle / Duración del ciclo	_____				
Number of live births / Número de hijos vivos	_____		Days of flow / Días de sangrado	_____				
Number of miscarriages / Número de abortos espontáneos	_____		Birth control method / Método anticonceptivo	_____				
Number of abortions / Número de abortos	_____		Date of last PAP / Fecha del último Papanicolaou	_____				
Date of last Mammogram / Fecha de última mamografía	_____							



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073

Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

**DOB** \_\_\_\_\_

**Additional Comments / Comentarios Adicionales**

**Question / Pregunta**

Is there anything else your care team should know? / ¿Hay algo más que le gustaría que su equipo médico supiera? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Signature / Firma**

Signature of patient or responsible party / Firma del paciente o responsable:

\_\_\_\_\_

**Date / Fecha:** \_\_\_\_\_



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073  
Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB \_\_\_\_\_

## MEDICAL RECORDS RELEASE FORM FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

### Patient Information / Información del Paciente

Name/ Nombre: \_\_\_\_\_

DOB Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Phone/ Teléfono: \_\_\_\_\_

Address/ Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Records Release (Office Use Only) / Divulgación de Registros (Uso de Oficina)

**Do NOT complete provider section / NO complete la sección del proveedor**

FROM Provider/Facility/ DESDE Proveedor/Instalación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Address/ Dirección: \_\_\_\_\_

Phone/ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**TO: Harbor Physicians, 2140 Kingsley Ave Suite 1, Orange Park, FL 32073 / PARA: Harbor Physicians, 2140 Kingsley Ave Suite 1, Orange Park, FL 32073 Phone: 904-368-6809 Fax: 904-368-6819 / Teléfono: 904-368-6809 Fax: 904-368-6819**

### Records to be Released/ Registros a divulgar:

All/ Todos  Fechas/ Dates \_\_\_\_\_ a / to \_\_\_\_\_

Specific/ Específicos \_\_\_\_\_

### Purpose/ Propósito:

Continuity/ Continuidad  Personal/ Personal  Legal/ Legal  Health Insurance/ Seguro Medico  Other/  
Otro \_\_\_\_\_

**Authorization expires 12 months from signature unless otherwise noted. / Autorización expira 12 meses desde la firma a menos que se indique lo contrario.**

**Signature/ Firma:** \_\_\_\_\_ **Date/ Fecha:** \_\_\_\_\_

Representative (if applicable) / Representante (si aplica): \_\_\_\_\_

Relationship/ Relación: \_\_\_\_\_



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073  
Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB \_\_\_\_\_

**HIPAA AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)**  
**AUTORIZACIÓN HIPAA PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Patient Name / Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Date of Birth / Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Authorized Person(s) / Persona(s) Autorizada(s)**

**English:**

I authorize Harbor Physicians to communicate with and release my protected health information (PHI) to the individual(s) listed below (if any). If no one is authorized, check the box below or write "NONE."

**Español:**

Autorizo a Harbor Physicians a comunicarse y divulgar mi información médica protegida (PHI) a la(s) persona(s) indicada(s) a continuación (si corresponde). Si no autoriza a ninguna persona, marque la casilla o escriba "NINGUNO."

**No authorization / Sin autorización (no individuals designated / no se designan personas)**

**Name / Nombre:** \_\_\_\_\_

**Relationship / Relación:** \_\_\_\_\_

**Phone / Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Information Authorized / Información Autorizada**

Includes appointments, billing/insurance, medical records, lab/test results, and related healthcare information.

Incluye citas médicas, facturación/seguro, expedientes médicos, resultados de laboratorio y otra información relacionada con la atención médica.

**Expiration / Expiración**

Expires one (1) year from signature unless otherwise specified. / Vence un (1) año a partir de la firma, a menos que se indique otra fecha.

**Other expiration / Otra fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature / Firma:** \_\_\_\_\_

**Printed Name / Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**Relationship / Relación:** \_\_\_\_\_

**Date / Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073  
Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

**DOB** \_\_\_\_\_

## **HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES** **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA**

This notice describes how your medical information may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.

Este aviso describe cómo su información médica puede ser utilizada y divulgada y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente.

Your Protected Health Information (PHI) includes your name, address, phone number, medical history, treatment information, and billing details.

Su Información Médica Protegida (PHI) incluye su nombre, dirección, número de teléfono, historial médico, información de tratamiento y detalles de facturación.

**Your Rights / Sus Derechos**

You have the right to inspect and copy your medical and billing records within 30 days of a written request.

Tiene derecho a inspeccionar y copiar sus registros médicos y de facturación dentro de los 30 días posteriores a una solicitud por escrito.

You may request corrections if information is incomplete or incorrect.

Puede solicitar correcciones si la información está incompleta o es incorrecta.

You may request confidential communication.

Puede solicitar comunicación confidencial.

You may request restrictions on use or disclosure.

Puede solicitar restricciones sobre el uso o divulgación.

You may request a list of disclosures.

Puede solicitar una lista de divulgaciones.

You have the right to a paper copy of this notice.

Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso.

You may file a complaint if your rights are violated.

Puede presentar una queja si sus derechos son violados.

**Use and Disclosure / Uso y Divulgación**

We may use your information for treatment, payment, and healthcare operations.

Podemos usar su información para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

We may disclose information as required by law.

**Podemos divulgar información según lo requiera la ley.**

**Signature / Firma Patient or Representative Signature / Firma del Paciente o Representante:**

\_\_\_\_\_

**Printed Name / Nombre en Letra de Molde:** \_\_\_\_\_

**Relationship / Relación:** \_\_\_\_\_

**Date / Fecha:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073  
Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB \_\_\_\_\_

## FINANCIAL POLICY & ASSIGNMENT OF BENEFITS POLÍTICA FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

---

### 1. Insurance and Appointment Requirements/ Requisitos de Seguro y Cita

I understand that it is my responsibility to provide valid insurance information, referral authorization (if required), and applicable copayment at the time of service. Failure to provide required documentation or payment may result in rescheduling or cancellation of my appointment.

Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar información de seguro válida, autorización de referido (si es requerida) y el copago aplicable al momento del servicio. La falta de documentación o pago requerido puede resultar en la reprogramación o cancelación de mi cita.

---

### 2. Copayments and Time-of-Service Payment/ Copagos y Pago al Momento del Servicio

I agree to pay all copayments, coinsurance, and any patient-responsible balances at the time of my visit unless prior arrangements have been made.

Acepto pagar todos los copagos, coaseguros y cualquier saldo a mi cargo al momento de mi visita, salvo que se hayan hecho acuerdos previos.

---

### 3. Returned Payments and Administrative Fees/ Pagos Devueltos y Cargos Administrativos

A fee of \$25.00 will be charged for any returned or declined payment, including returned checks or failed electronic payments, as permitted by applicable law.

Se cobrará un cargo de \$25.00 por cualquier pago devuelto o rechazado, incluyendo cheques devueltos o pagos electrónicos fallidos, según lo permitido por la ley aplicable.

---

### 4. Missed Appointments / No-Shows / Citas Perdidas / No Asistencia

I understand that missed appointments or late cancellations may result in a no-show fee, and repeated missed appointments may affect my ability to continue care with this practice.

Entiendo que las citas perdidas o cancelaciones tardías pueden resultar en un cargo por inasistencia, y que las citas perdidas repetidas pueden afectar mi capacidad de continuar recibiendo atención en esta práctica.

---



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073  
Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

**DOB** \_\_\_\_\_

---

## 5. Insurance Billing and Patient Responsibility / Facturación al Seguro y Responsabilidad del Paciente

I authorize this practice to bill my insurance carrier directly. I understand that insurance coverage is a contract between me and my insurance company, and I am financially responsible for all charges not covered by insurance, including deductibles, copayments, coinsurance, and non-covered services.

Autorizo a esta práctica a facturar directamente a mi compañía de seguros. Entiendo que la cobertura del seguro es un contrato entre mi seguro y yo, y que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por el seguro, incluyendo deducibles, copagos, coaseguros y servicios no cubiertos.

---

## 6. Delinquent Accounts and Collections/ Cuentas en Mora y Cobranza

Accounts not paid in a timely manner may be referred to a third-party collection agency. I agree to be responsible for all costs of collection, including reasonable collection fees, attorney fees, and court costs, if applicable.

Las cuentas no pagadas de manera oportuna pueden ser enviadas a una agencia de cobranza externa. Acepto ser responsable de todos los costos de cobranza, incluyendo cargos razonables de cobranza, honorarios de abogados y costos judiciales, si corresponde.

---

## 7. Assignment of Benefits/ Asignación de Beneficios

I authorize payment of medical benefits directly to Harbor Physicians for services rendered. This authorization remains valid until revoked in writing.

Autorizo el pago de beneficios médicos directamente a Harbor Physicians por los servicios prestados. Esta autorización permanece vigente hasta que sea revocada por escrito.

---



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073  
Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

**DOB** \_\_\_\_\_

## 8. Eligibility Certification / Certificación de Elegibilidad

I certify that I am eligible for insurance benefits at the time services are rendered. If this certification is incorrect, I understand that I am financially responsible for all charges incurred.

Certifico que soy elegible para beneficios de seguro en el momento en que se prestan los servicios. Si esta certificación es incorrecta, entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos.

---

## 9. Payment Agreement/ Acuerdo de Pago

I agree to pay any outstanding balances within 30 days unless other arrangements have been approved in writing by the practice.

Acepto pagar cualquier saldo pendiente dentro de 30 días, a menos que la práctica haya aprobado otros acuerdos por escrito.

---

## SIGNATURE / FIRMA

Patient Signature / Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Date / Fecha: \_\_\_\_\_

Staff Witness / Testigo del personal: \_\_\_\_\_

Date / Fecha: \_\_\_\_\_

---



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073  
Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB \_\_\_\_\_

## **PATIENT CONDUCT & DISCHARGE ACKNOWLEDGMENT** **ACUERDO DE CONDUCTA Y POSIBLE ALTA DEL PACIENTE**

Patient Name / Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Date of Birth / Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

---

### **1. Acknowledgment of Standards of Care/ Reconocimiento de Normas de Atención**

I understand that this medical practice is committed to providing safe, professional, and medically appropriate care in accordance with applicable clinical standards and policies. I acknowledge that respectful communication and cooperation are necessary for the delivery of effective medical care.

Entiendo que esta práctica médica está comprometida a brindar atención segura, profesional y médicamente apropiada de acuerdo con las normas clínicas y políticas aplicables. Reconozco que la comunicación respetuosa y la cooperación son necesarias para la prestación efectiva de la atención médica.

---

### **2. Required Patient Conduct/ Conducta Requerida del Paciente**

I agree to:

Yo acepto:

- Communicate respectfully with all providers, staff, and other patients.
- Comunicarme de manera respetuosa con todos los proveedores, el personal y otros pacientes.
- Follow agreed-upon treatment plans or actively discuss concerns before refusing care.
- Seguir los planes de tratamiento acordados o comunicar activamente cualquier inquietud antes de rechazar la atención.
- Comply with clinic policies, instructions, and scheduled appointments.
- Cumplir con las políticas de la clínica, las instrucciones y las citas programadas.
- Refrain from behavior that disrupts clinic operations or the delivery of care.
- Abstenerme de conductas que interrumpan el funcionamiento de la clínica o la prestación de la atención médica.



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073  
Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB \_\_\_\_\_

---

### 3. Behavior That May Result in Discharge

#### 3. Conductas que Pueden Resultar en Alta de la Práctica

I understand that the following behaviors are considered incompatible with ongoing care in this practice and may result in discharge from the practice, either immediately or after notice at the provider's discretion:

Entiendo que los siguientes comportamientos se consideran incompatibles con la continuidad de la atención en esta práctica y pueden resultar en mi alta de la misma, de manera inmediata o con previo aviso a discreción del proveedor:

##### a. Noncompliance / Incumplimiento

Repeated refusal to follow medical advice, failure to adhere to treatment plans, or repeated missed appointments that compromise care continuity.

Negarse repetidamente a seguir las recomendaciones médicas, no adherirse a los planes de tratamiento o faltar repetidamente a las citas, afectando la continuidad de la atención.

##### b. Disruptive or Inappropriate Behavior / Conducta Disruptiva o Inapropiada

Verbal abuse, harassment, intimidation, profanity, or disruptive behavior toward staff, providers, or other patients.

Abuso verbal, acoso, intimidación, lenguaje ofensivo o conducta disruptiva hacia el personal, los proveedores u otros pacientes.

##### c. Threatening or Unsafe Behavior / Conducta Amenazante o Insegura

Any threats of violence, aggressive conduct, or actions that create a perceived or actual risk to safety.

Cualquier amenaza de violencia, conducta agresiva o acciones que generen un riesgo percibido o real para la seguridad.

##### d. Interference with Care Delivery / Interferencia con la Atención Médica

Any action that interferes with clinical workflow, staff duties, or the safe and effective provision of medical services.

Cualquier acción que interfiera con el flujo clínico, las funciones del personal o la prestación segura y eficaz de los servicios médicos.



# Harbor Physicians

PRIMARY CARE & INTERNAL MEDICINE

2140 Kingsley Ave, Suite 1, Orange Park, FL 32073  
Ph: 904-368-6809 | Fax: 904-368-6819

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

**DOB** \_\_\_\_\_

---

#### 4. Termination of Care Relationship/ Terminación de la Relación de Atención Médica

I understand that the provider reserves the right to terminate the patient-provider relationship when clinically or administratively appropriate. This includes situations involving repeated noncompliance, disruptive behavior, safety concerns, or breakdown of trust necessary for care.

Entiendo que el proveedor se reserva el derecho de terminar la relación médico-paciente cuando sea clínicamente o administrativamente apropiado. Esto incluye situaciones de incumplimiento repetido, conducta disruptiva, preocupaciones de seguridad o la pérdida de la confianza necesaria para la atención médica.

If terminated, I understand I may be provided with written notice and reasonable assistance or resources to transition care to another provider, consistent with applicable regulations and continuity of care standards.

En caso de terminación, entiendo que puedo recibir notificación por escrito y asistencia razonable o recursos para transferir mi atención a otro proveedor, de acuerdo con las regulaciones aplicables y los estándares de continuidad de atención.

---

#### 5. Acknowledgment of Understanding/ Reconocimiento de Comprensión

By signing below, I acknowledge that I have read, understood, and agree to comply with the terms outlined in this Patient Conduct and Discharge Policy.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, comprendido y acepto cumplir con los términos descritos en esta Política de Conducta y Alta del Paciente.

---

**Patient Signature / Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

**Date / Fecha:** \_\_\_\_\_

**Provider/Staff Witness / Testigo del proveedor o personal:**

\_\_\_\_\_

**Date / Fecha:** \_\_\_\_\_