



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

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

Patient Name: _____

DOB _____

Bilingual New Patient Packet (English / Spanish)

Date / Fecha: _____

Información Personal / Personal Information

Nombre completo / Full Name: _____

Fecha de nacimiento / Date of Birth: ___ / ___ / ___ Edad / Age: _____

Género / Gender: _____

SSN / Seguro Social: _____

Teléfono / Phone Number: _____

Correo electrónico / Email: _____

Dirección / Address: _____

Ciudad / City: _____ Estado / State: _____

Código postal / Zip: _____

Idioma preferido / Preferred Language: _____

Preferencia de comunicación / Communication Preference: _____

Etnicidad / Ethnicity: _____ Raza / Race: _____

Religión / Religion: _____ Estado civil / Marital Status: _____

Nombre del cónyuge / Spouse Name: _____

Teléfono del cónyuge / Spouse Phone: _____

Contacto de emergencia / Emergency Contact: _____

Relación / Relationship: _____ Teléfono / Phone: _____



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

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

Patient Name: _____

DOB _____

Información de Seguro / Insurance Information

Seguro primario / Primary Insurance

Nombre del asegurado / Insured Name: _____

Fecha de nacimiento / DOB: _____

Relación con el asegurado / Relationship: _____

SSN / Seguro Social: _____ Teléfono / Phone: _____

Licencia de conducir / Driver's License: _____

Seguro / Insurance Name: _____

Plan / Plan Name: _____

ID de suscriptor / Subscriber ID: _____

Grupo / Group #: _____

Seguro secundario / Secondary Insurance (si aplica / if applicable)

Nombre del asegurado / Insured Name: _____

Fecha de nacimiento / DOB: _____

Relación / Relationship: _____

SSN / Seguro Social: _____ Teléfono / Phone: _____

Seguro / Insurance Name: _____

Plan / Plan Name: _____

ID de suscriptor / Subscriber ID: _____

Grupo / Group #: _____



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

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

Patient Name: _____

DOB _____

Farmacia / Pharmacy

Farmacia preferida / Preferred Pharmacy: _____

Ubicación y teléfono / Location & Phone: _____

Empleo / Employment

Estado laboral / Employment Status: _____

Puesto / Job Title: _____

Empleador / Employer: _____

Teléfono del trabajo / Work Phone: _____

Lifestyle/ Estilo de Vida

¿Fuma actualmente? / Do you currently smoke?

No Yes / Sí → How much? / ¿Cuánto? _____

¿Consume alcohol? / Do you drink alcohol?

No Yes / Sí → How often? / ¿Con qué frecuencia? _____

¿Usa drogas recreativas? / Do you use recreational drugs?

No Yes / Sí → Please list / Por favor indique: _____

¿Hace ejercicio regularmente? / Do you exercise regularly?

No Yes / Sí →

Tipo, frecuencia, intensidad /Type, frequency, intensity: _____



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

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

Patient Name: _____

DOB _____

Proveedores previos / Previous Providers

Médico de cabecera anterior / Previous Primary Care Provider

Nombre / Name: _____

Clínica / Clinic: _____

Teléfono / Phone: _____ Fax: _____

Dirección / Address: _____

Ciudad / City: _____ Estado / State: _____ Código postal / Zip: _____

Especialistas (últimos 2–3 años) / Specialists (last 2–3 years)

1. Nombre / Name: _____ Especialidad / Specialty: _____

Teléfono / Phone: _____ Fax: _____

2. Nombre / Name: _____ Especialidad / Specialty: _____

Teléfono / Phone: _____ Fax: _____

3. Nombre / Name: _____ Especialidad / Specialty: _____

Teléfono / Phone: _____ Fax: _____

Instalaciones médicas previas / Previous Medical Facilities

1. Instalación / Facility: _____ Tipo / Type: _____

Teléfono / Phone: _____ Fax: _____

2. Instalación / Facility: _____ Tipo / Type: _____

Teléfono / Phone: _____ Fax: _____



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

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

Patient Name: _____

DOB _____

HISTORIAL MÉDICO /HEALTH HISTORY

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

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.

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.

Current Medical Conditions **Condiciones Médicas Actuales**

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

Please check any conditions you have been diagnosed with:

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



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

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

Patient Name: _____

DOB _____

Cirugías Previas u Hospitalizaciones
Past Surgeries or Hospitalizations

Por favor indique cirugías u hospitalizaciones con el año aproximado si lo conoce:
Please list surgeries or hospitalizations with approximate year if known:

Medications

Medicamentos

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

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

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:



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

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

Patient Name: _____

DOB _____

Family Medical History/ Antecedentes Médicos Familiares

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

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

- Diabetes / Diabetes
- Presión arterial alta / High blood pressure
- Enfermedad cardíaca / Heart disease
- Derrame cerebrovascular / Stroke
- Cáncer / Cancer
- Otro / Other: _____

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:



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

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

Patient Name: _____

DOB _____

Review of Systems / Revisión de Sistemas

System 1: General / General (Salud General)

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

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

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



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

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

Patient Name: _____

DOB _____

System 3: Respiratory / Respiratorio

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

System 4: Cardiovascular / Cardiovascular

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



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

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

Patient Name: _____

DOB _____

System 5: Gastrointestinal / Gastrointestinal

Síntoma/Symptom	Sí	No	Síntoma/Symptom	Sí	No	Síntoma/Symptom	Sí	No
Dolor abdominal Abdominal Pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios en el apetito Appetite Changes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heces negras Black Stools	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado con evacuaciones Bleeding with Bowel Movements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en vómito Blood in Vomit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Crohn / Colitis Crohn's Disease / Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estreñimiento Constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calambres / Dolor abdominal Cramping / Abdominal Pain /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para tragar Difficulty Swallowing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diverticulosis Diverticulosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la vesícula Gallbladder Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distensión abdominal Gases Gas / Bloating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acidez / Indigestión Heartburn / Indigestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piles / Hemorroides Hemorrhoids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernia Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas hepáticos Liver Trouble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náusea / Vómitos Nausea / Vomiting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evacuaciones dolorosas Painful Bowel Movements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera péptica Peptic Ulcer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea frecuente Frequent Diarrhea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio reciente en hábitos intestinales Recent change in bowel habits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ninguno None	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

System 6: Genitourinario / Genitourinary

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



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

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

Patient Name: _____

DOB _____

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

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

System 8: Neurológico / Neurological

Síntoma/Symptom	Sí	No	Síntoma/Symptom	Sí	No	Síntoma/Symptom	Sí	No
Convulsiones / Crisis Convulsions / Seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos Dizziness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos Fainting Spells	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcha / Coordinación Gait / Coordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traumatismos Trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza / Migrañas Headaches / Migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parálisis Paralysis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atención psiquiátrica Psychiatric Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidente cerebrovascular Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temblor / Sacudida de manos Tremor / Hand shaking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ninguno None	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			



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

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

Patient Name: _____

DOB _____

System 9: Salud Mental / Mental Health

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

System 10: Hematológico y Endocrino / Hematologic & Endocrine

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



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

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

Patient Name: _____

DOB _____

System 11: Solo Hombres / Men Only

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

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

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



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

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

Patient Name: _____

DOB _____

Comentarios Adicionales / Additional Comments

Pregunta / Question

¿Hay algo más que le gustaría que su equipo médico supiera?

Is there anything else your care team should know?

Signature / Firma

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

Date / Fecha: _____



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

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

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

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: _____



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

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

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: _____ Relationship / Relación: _____

Printed Name / Nombre en letra de imprenta: _____

Date / Fecha: ____ / ____ / ____



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

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

Patient Name: _____

DOB _____

HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES/AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA

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

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

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

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

Puede solicitar comunicación confidencial.

Puede solicitar restricciones sobre el uso o divulgación.

Puede solicitar una lista de divulgaciones.

Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso.

Puede presentar una queja si sus derechos son violados.

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

You have the right to inspect and copy your medical and billing records within 30 days of a written request. You may request corrections if information is incomplete or incorrect. You may request confidential communication. You may request restrictions on use or disclosure. You may request a list of disclosures. You have the right to a paper copy of this notice. You may file a complaint if your rights are violated.

Use and Disclosure / Uso y Divulgación

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

Podemos divulgar información según lo requiera la ley.

We may use your information for treatment, payment, and healthcare operations. We may disclose information as required by law.

Patient or Representative Signature / Firma del Paciente o Representante:

Printed Name / Nombre en Letra de Molde: _____

Relationship / Relación: _____

Date / Fecha: ____ / ____ / ____



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

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

Patient Name: _____

DOB _____

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

1. Seguro y Responsabilidad del Paciente / Insurance & Patient Responsibility

Es mi responsabilidad proporcionar información de seguro válida, autorizaciones requeridas y copagos al momento del servicio. Entiendo que soy responsable de todos los cargos no cubiertos por mi seguro, incluyendo deducibles, copagos, coaseguros y servicios no cubiertos.

It is my responsibility to provide valid insurance information, required authorizations, and copayments at the time of service. I understand I am responsible for all charges not covered by my insurance, including deductibles, copayments, coinsurance, and non-covered services.

2. Pagos y Cargos / Payments & Fees

Acepto pagar todos los saldos al momento del servicio, salvo acuerdos previos. Se aplicará un cargo de \$25 por pagos devueltos o rechazados.

I agree to pay all balances at the time of service unless prior arrangements are made. A \$25 fee will be charged for returned or declined payments.

3. Citas Perdidas / Missed Appointments

Las citas perdidas o cancelaciones tardías pueden resultar en un cargo. Las ausencias repetidas pueden afectar la continuidad de mi atención en esta práctica.

Missed appointments or late cancellations may result in a fee. Repeated no-shows may affect my ability to continue care with this practice.

4. Facturación y Asignación de Beneficios / Billing & Assignment of Benefits

Autorizo a la práctica a facturar directamente a mi seguro y asigno el pago de beneficios a la misma. Esta autorización permanece vigente hasta que sea revocada por escrito.

I authorize the practice to bill my insurance directly and assign payment of benefits to the practice. This authorization remains valid until revoked in writing.

5. Cuentas en Mora / Delinquent Accounts

Las cuentas no pagadas pueden ser enviadas a cobranza externa. Acepto ser responsable de los costos asociados, incluyendo honorarios de cobranza, legales y judiciales según corresponda.

Unpaid accounts may be sent to collections. I agree to be responsible for associated costs, including collection, legal, and court fees if applicable.

6. Certificación y Acuerdo de Pago / Certification & Payment Agreement

Certifico que soy elegible para beneficios de seguro. Acepto pagar cualquier saldo pendiente dentro de 30 días, salvo acuerdo previo por escrito.

I certify I am eligible for insurance benefits. I agree to pay any outstanding balance within 30 days unless otherwise arranged in writing.

Patient or Representative Signature / Firma del Paciente o Representante:

Printed Name / Nombre en Letra de Molde: _____

Relationship / Relación: _____

Date / Fecha: ____ / ____ / ____



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

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

Patient Name: _____

DOB _____

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

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

1. Normas de Atención / Standards of Care

Entiendo que esta práctica brinda atención segura y apropiada según normas clínicas y políticas aplicables. La comunicación respetuosa y la cooperación son necesarias para la atención médica.
I understand this practice provides safe, appropriate care according to clinical standards and policies. Respectful communication and cooperation are required for care delivery.

2. Conducta del Paciente / Patient Responsibilities

Acepto comunicarme respetuosamente, seguir planes de tratamiento o discutir inquietudes antes de rechazar atención, cumplir con políticas y citas, y evitar conductas disruptivas.
I agree to communicate respectfully, follow treatment plans or discuss concerns before refusing care, comply with policies and appointments, and avoid disruptive behavior.

3. Motivos de Alta / Grounds for Discharge

Entiendo que puedo ser dado de alta (con o sin aviso) por incumplimiento, conducta inapropiada, conducta insegura o interferencia con la atención médica.
I understand I may be discharged (with or without notice) for noncompliance, inappropriate behavior, unsafe conduct, or interference with care delivery.

4. Terminación de la Relación Médico-Paciente / Termination of Care

El proveedor puede terminar la relación médico-paciente por razones clínicas, administrativas o de seguridad. En caso de terminación, podré recibir notificación y asistencia razonable para transferir mi atención conforme a regulaciones aplicables, incluyendo requisitos de Florida cuando corresponda.
The provider may terminate the patient relationship for clinical, administrative, or safety reasons. If terminated, I may receive notice and reasonable assistance to transfer care in accordance with applicable regulations, including Florida requirements when applicable.

5. Reconocimiento / Acknowledgment

Confirmando que he leído, comprendido y acepto estos términos.

I confirm that I have read, understood, and agree to these terms.

Firma del paciente / Patient Signature: _____

Fecha / Date: _____

Testigo / Witness: _____



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

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

Patient Name: _____

DOB _____

CONSENTIMIENTO PARA TELEMEDICINA (Requerido para Visitas Virtuales)
TELEHEALTH CONSENT FORM (Required for Virtual Visits)

Entiendo que la telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas para recibir atención médica de forma remota.

Entiendo que la telemedicina puede incluir video, audio y comunicación electrónica.

Tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento sin afectar mi atención futura.

Existen riesgos potenciales, incluyendo fallas técnicas, interrupciones o acceso no autorizado.

La telemedicina puede no ser adecuada para todas las condiciones médicas, y mi proveedor puede recomendar una visita en persona si es necesario.

Mi información médica será mantenida confidencial de acuerdo con las leyes aplicables.

Doy mi consentimiento para recibir servicios de salud a través de telemedicina.

I understand that telehealth involves the use of electronic communications to provide medical care remotely.

I understand that telehealth may include video, audio, and electronic communication.

I have the right to withdraw my consent at any time without affecting my future care.

There are potential risks, including technical failures, interruptions, or unauthorized access.

Telehealth may not be appropriate for all medical conditions, and my provider may recommend an in-person visit if necessary.

My health information will be kept confidential in accordance with applicable laws.

I consent to receive healthcare services via telehealth.

Nombre del Paciente / Patient Name: _____

Firma / Signature: _____

Fecha / Date: _____