



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: _____



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 #: _____



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: _____



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: _____



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:

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



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:



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:



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	☐	☐	Dolor de espalda Back Pain	☐	☐	Fractura ósea Bone Fracture	☐	☐
Cáncer Cancer	☐	☐	Diabetes Diabetes	☐	☐	Dolor en los pies Foot Pain	☐	☐
Gota Gout	☐	☐	Dolores de cabeza Headaches	☐	☐	Dolor en las articulaciones Joint Pain	☐	☐
Pérdida de memoria Memory Loss	☐	☐	Debilidad muscular Muscle Weakness	☐	☐	Entumecimiento / Hormigueo Numbness / Tingling	☐	☐
Obesidad Obesity	☐	☐	Osteoporosis Osteoporosis	☐	☐	Fiebre reumática Rheumatic Fever	☐	☐
Pérdida de peso Weight Loss	☐	☐	Fiebre / Escalofríos Fever / Chills	☐	☐	Ninguno None	☐	☐

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	☐	☐	Forúnculos Boils	☐	☐	Uñas quebradizas Brittle Nails	☐	☐
Piel seca Dry Skin	☐	☐	Eczema Eczema	☐	☐	Infecciones frecuentes Frequent Infections	☐	☐
Urticaria Hives	☐	☐	Picazón Itching	☐	☐	Ictericia Jaundice	☐	☐
Psoriasis Psoriasis	☐	☐	Erupción cutánea Rash	☐	☐	Enfermedad de la piel Skin Disease	☐	☐
Cambios en cabello/ uñas Hair/Nail Changes	☐	☐	Ninguno None	☐	☐			



Patient Name: _____

DOB _____

System 3: Respiratory / Respiratorio

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

System 4: Cardiovascular / Cardiovascular

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



Patient Name: _____

DOB _____

System 5: Gastrointestinal / Gastrointestinal

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

System 6: Genitourinario / Genitourinary

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



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	☐	☐	Visión doble Double Vision	☐	☐	Enfermedad o lesión ocular Eye Disease or Injury	☐	☐
Dolor ocular / Secreción ocular Eye Pain / Discharge	☐	☐	Gafas Glasses	☐	☐	Glaucoma / Glaucoma	☐	☐
Picazón ocular Itchy Eyes	☐	☐	Cambios de visión Vision Changes	☐	☐	Enfermedad de oído Ear Disease	☐	☐
Infecciones de oído Ear Infections	☐	☐	Zumbido en oídos Ears ringing	☐	☐	Problemas de audición Hearing problems	☐	☐
Pérdida de audición Impaired Hearing	☐	☐	Problemas crónicos de sinusitis Chronic Sinus Trouble	☐	☐	Picazón nasal Itchy Nose	☐	☐
Sangrado nasal Nosebleeds	☐	☐	Goteo postnasal Postnasal drip	☐	☐	Sinusitis Sinusitis	☐	☐
Estornudos / Secreción nasal Sneezing / Runny Nose	☐	☐	Sangrado de encías Gum Bleeding	☐	☐	Ronquera Hoarseness	☐	☐
Loss of Taste / Pérdida del gusto	☐	☐	Dolor de garganta Sore Throat	☐	☐	Mononucleosis Mononucleosis	☐	☐
Llagas Sores	☐	☐	Ninguno None	☐	☐			

System 8: Neurológico / Neurological

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



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	☐	☐	Trastorno alimenticio eating disorder	☐	☐	Pánico bajo estrés Panic when stressed	☐	☐
Problemas de apetito Appetite Problems	☐	☐	Llorar frecuentemente Cry frequently	☐	☐	Intento de suicidio Attempted suicide	☐	☐
Pensamientos suicidas Seriously thought about hurting self	☐	☐	Problemas para dormir Trouble sleeping	☐	☐	Consejería Counseling	☐	☐
Trastorno bipolar Bi-Polar disorder	☐	☐		☐	☐		☐	☐

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	☐	☐	Cambios en crecimiento del cabello Changes in Hair Growth	☐	☐	Cambios en talla de guantes/gorros Changes in hat/glove size	☐	☐
Cansancio Fatigue	☐	☐	Sudores / Sudores nocturnos Sweating / Night Sweats	☐	☐	Fiebre / Escalofríos Fever / Chills	☐	☐
Infecciones frecuentes Frequent infections	☐	☐	Bocio Goiter	☐	☐	Intolerancia al calor/frío Heat / Cold intolerance	☐	☐
Terapia hormonal Hormone Therapy	☐	☐	Agrandamiento de ganglios Lymph Node Enlargement	☐	☐	Problemas de sueño Sleep Problems	☐	☐
Hematomas anormales Abnormal Bruising	☐	☐	Anemia Anemia	☐	☐	Enfermedad sanguínea Blood Disease	☐	☐
Sangrado excesivo tras extracción dental Excessive bleeding after tooth extraction	☐	☐	Flebitis Phlebitis	☐	☐	Lento a cicatrizar Slow to heal	☐	☐
Enfermedad de tiroides Thyroid Disease	☐	☐	Debilidad / Parálisis Weakness / Paralysis	☐	☐	Cambio de peso Weight Change	☐	☐
Ninguno None	☐	☐		☐	☐		☐	☐



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	☐	☐	Pérdida de libido Loss of libido	☐	☐	Sangre en la orina Blood in urine	☐	☐
Infección renal/vejiga/próstata (últimos 12 meses) Kidney/Bladder/Prostate infection (last 12 mo) /	☐	☐	Dificultad con erección/eyaculación Difficulty with erection / ejaculation	☐	☐			

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	☐	☐	Embarazada / Lactando Pregnant / Breastfeeding	☐	☐	Sofocos / Sudores nocturnos Hot flashes / Night sweats	☐	☐
Tensión menstrual / Hinchazón / Irritabilidad Menstrual tension / Bloating / Irritability /	☐	☐	Infecciones vaginales recurrentes Recurrent vaginal infections	☐	☐	Sangrado durante relaciones sexuales Pain / Bleeding with sex / Dolor	☐	☐

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	_____	Fecha del último Papanicolaou Date of last PAP	_____
Número de abortos espontáneos Number of miscarriages	_____	Método anticonceptivo Birth control method	_____
Número de abortos Number of abortions	_____		_____
Fecha de última mamografía Date of last Mammogram	_____		_____



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: _____



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: _____



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: ____ / ____ / ____



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: ____ / ____ / ____



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: ____ / ____ / ____



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: _____



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: _____