



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:** _____

SSN / **Seguro Social:** _____

Phone Number / **Teléfono:** _____

Email / **Correo electrónico:** _____

Address / **Dirección:** _____

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

Preferred Language / **Idioma preferido:** _____

Communication Preference / **Preferencia de comunicación:** _____

Ethnicity / **Etnicidad:** _____ Race / **Raza:** _____

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

Spouse Name / **Nombre del cónyuge:** _____

Spouse Phone / **Teléfono del cónyuge:** _____

Emergency Contact / **Contacto de emergencia:** _____

Relationship / **Relación:** _____ Phone / **Teléfono:** _____



Insurance Information / Información de Seguro

Primary Insurance / Seguro Primario

Insured Name / **Nombre del asegurado:** _____

Date of Birth / **Fecha de nacimiento:** _____

Relationship to Insured / **Relación con el asegurado:** _____

SSN / **Seguro Social:** _____

Phone / **Teléfono:** _____

Driver's License / **Licencia de conducir:** _____

Insurance Name / **Seguro:** _____

Plan Name / **Nombre del plan:** _____

Subscriber ID / **ID de suscriptor:** _____

Group # / **Grupo #:** _____

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

Insured Name / **Nombre del asegurado:** _____

Date of Birth / **Fecha de nacimiento:** _____

Relationship / **Relación:** _____

SSN / **Seguro Social:** _____

Phone / **Teléfono:** _____

Insurance Name / **Seguro:** _____

Plan Name / **Nombre del plan:** _____

Subscriber ID / **ID de suscriptor:** _____

Group # / **Grupo #:** _____



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:** _____

Lifestyle / Estilo de Vida

Do you currently smoke? / **¿Fuma actualmente?**

☐ No ☐ Yes / Sí →

How much? / **¿Cuánto?** _____

Do you drink alcohol? / **¿Consume alcohol?**

☐ No ☐ Yes / Sí →

How often? / **¿Con qué frecuencia?** _____

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

☐ No ☐ Yes / Sí →

Please list / **Por favor indique:** _____

Do you exercise regularly? / **¿Hace ejercicio regularmente?**

☐ No ☐ Yes / Sí →

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



Previous Primary Care Provider / Médico de Cabecera Anterior

Name / **Nombre:** _____

Clinic / **Clínica:** _____

Phone / **Teléfono:** _____

Fax: _____

Address / **Dirección:** _____

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

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

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 Médicas Previas

1. Facility / **Instalación:** _____

Type / **Tipo:** _____

Phone / **Teléfono:** _____ **Fax:** _____

2. Facility / **Instalación:** _____

Type / **Tipo:** _____

Phone / **Teléfono:** _____ **Fax:** _____



HEALTH HISTORY / HISTORIAL MÉDICO

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**
- ☐ 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**
- ☐ Cancer (type) / **Cáncer (tipo):** _____
- ☐ Other / **Otro:** _____

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:



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 / Derrame cerebrovascular

☐ Cancer / Cáncer

☐ Other / Otro: _____



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:



Review of Systems / Revisión de Sistemas

System 1: General Health / Sistema 1: Salud General

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

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

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



System 3: Respiratory / Sistema 3: Respiratorio

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

System 4: Cardiovascular / Sistema 4: Cardiovascular

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



System 5: Gastrointestinal / Sistema 5: Gastrointestinal

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

System 6: Genitourinary / Sistema 6: Genitourinario

Symptom / Síntoma	Sí	No	Symptom / Síntoma	Sí	No	Symptom / Síntoma	Sí	No
Blood in Urine / Sangre en orina	☐	☐	Bright's Disease / Enfermedad de Bright	☐	☐	Burning or Painful Urination / Ardor o dolor al orinar	☐	☐
Decrease in Force/Flow / Disminución de flujo	☐	☐	Frequent Urination / Micción frecuente	☐	☐	Kidney Stones / Piedras en riñón	☐	☐
Kidney Trouble / Problemas renales	☐	☐	Night Time Urinating / Micción nocturna	☐	☐	Prostate Problems / Problemas de próstata	☐	☐



Symptom / Síntoma	Sí	No	Symptom / Síntoma	Sí	No	Symptom / Síntoma	Sí	No
None / Ninguno	☐	☐		☐	☐		☐	☐

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

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



System 8: Neurological / Sistema 8: Neurológico

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

System 9: Mental Health / Sistema 9: Salud Mental

Symptom / Síntoma	Sí	No	Symptom / Síntoma	Sí	No	Symptom / Síntoma	Sí	No
Depression / Anxiety / Depresión / Ansiedad	☐	☐	Eating Disorder / Trastorno alimenticio	☐	☐	Counseling / Consejería	☐	☐
Appetite Problems / Problemas de apetito	☐	☐	Cry Frequently / Llorar frecuentemente	☐	☐	Attempted Suicide / Intento de suicidio	☐	☐
Seriously Thought About Hurting Self / Pensamientos suicidas	☐	☐	Trouble Sleeping / Problemas para dormir	☐	☐	Panic When Stressed / Pánico bajo estrés	☐	☐
Bi-Polar Disorder / Trastorno bipolar	☐	☐		☐	☐		☐	☐



System 10: Hematologic & Endocrine / Sistema 10: Hematológico y Endocrino

Symptom / Síntoma	Sí	No	Symptom / Síntoma	Sí	No	Symptom / Síntoma	Sí	No
Become Colder Than Before / Se enfría más que antes	☐	☐	Changes in Hair Growth / Cambios en crecimiento del cabello	☐	☐	Changes in Hat/Glove Size / Cambios en talla de guantes/gorros	☐	☐
Fatigue / Cansancio	☐	☐	Sweating / Night Sweats / Sudores / Sudores nocturnos	☐	☐	Fever / Chills / Fiebre / Escalofríos	☐	☐
Frequent Infections / Infecciones frecuentes	☐	☐	Goiter / Bocio	☐	☐	Heat / Cold Intolerance / Intolerancia al calor/frío	☐	☐
Hormone Therapy / Terapia hormonal	☐	☐	Lymph Node Enlargement / Agrandamiento de ganglios	☐	☐	Sleep Problems / Problemas de sueño	☐	☐
Abnormal Bruising / Hematomas anormales	☐	☐	Anemia / Anemia	☐	☐	Blood Disease / Enfermedad sanguínea	☐	☐
Excessive Bleeding After Tooth Extraction / Sangrado excesivo tras extracción dental	☐	☐	Phlebitis / Flebitis	☐	☐	Slow to Heal / Lento a cicatrizar	☐	☐
Thyroid Disease / Enfermedad de tiroides	☐	☐	Weakness / Paralysis / Debilidad / Parálisis	☐	☐	Weight Change / Cambio de peso	☐	☐
None / Ninguno	☐	☐		☐	☐		☐	☐



System 11: Men Only / Sistema 11: Solo Hombres

Symptom / Síntoma	Sí	No	Symptom / Síntoma	Sí	No	Symptom / Síntoma	Sí	No
Night Urination / Micción nocturna	☐	☐	Loss of Libido / Pérdida de libido	☐	☐	Blood in Urine / Sangre en la orina	☐	☐
Kidney/Bladder/Prostate Infection (Last 12 Months) / Infección renal/vejiga/próstata (últimos 12 meses)	☐	☐	Difficulty with Erection/Ejaculation / Dificultad con erección/eyaculación	☐	☐			

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

Symptom / Síntoma	Sí	No	Symptom / Síntoma	Sí	No	Symptom / Síntoma	Sí	No
Heavy Periods / Irregular / Spotting / Pain / Periodos abundantes / Irregulares / Manchado / Dolor	☐	☐	Pregnant / Breastfeeding / Embarazada / Lactando	☐	☐	Hot Flashes / Night Sweats / Sofocos / Sudores nocturnos	☐	☐
Menstrual Tension / Bloating / Irritability / Tensión menstrual / Hinchazón / Irritabilidad	☐	☐	Recurrent Vaginal Infections / Infecciones vaginales recurrentes	☐	☐	Pain / Bleeding With Sex / Dolor / Sangrado durante relaciones sexuales	☐	☐



Gynecologic History Information / Información de Historia Ginecológica

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		Date of Last PAP / Fecha del último Papanicolaou	
Number of Miscarriages / Número de abortos espontáneos		Date of Last Mammogram / Fecha de última mamografía	
Number of Abortions / Número de abortos		Birth Control Method / Método anticonceptivo	

Additional Comments / Comentarios Adicionales

Is there anything else your care team should know?

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

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.

Signature / Firma

Patient or Responsible Party Signature / Firma del paciente o responsable:



**MEDICAL RECORDS RELEASE FORM / FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN
DE REGISTROS MÉDICOS**

Patient Information / Información del Paciente

Name / **Nombre:** _____

Date of Birth / **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 / **Fax:** 904-368-6809

Records to be Released / Registros a divulgar:

☐ All / Todos

☐ Dates / Fechas: _____ to / a _____

☐ Specific / Específicos: _____

Purpose / Propósito:

☐ Continuity / Continuidad

☐ Personal / Personal

☐ Legal / Legal

☐ Health Insurance / Seguro Médico

☐ Other / Otro _____

Authorization expires 12 months from signature unless otherwise noted.

La 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: _____



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)

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."

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: ____ / ____ / ____



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

1. Insurance and Appointment Requirements

1. Requisitos de seguro y citas

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 válida del seguro, la autorización de referido cuando sea requerida y el copago correspondiente al momento del servicio. No proporcionar la documentación o el pago requerido puede resultar en la reprogramación o cancelación de mi cita.

2. Copayments and Time-of-Service Payment

2. Copagos y pagos 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, coseguros y saldos que sean responsabilidad del paciente al momento de mi visita, salvo que se hayan hecho arreglos previos.

3. Returned Payments and Administrative Fees

3. 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, incluidos cheques devueltos o pagos electrónicos fallidos, según lo permita la ley.

4. Missed Appointments / No-Shows

4. Citas perdidas / inasistencias

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 generar un cargo por inasistencia y que las inasistencias repetidas pueden afectar mi continuidad como paciente de la práctica.

5. Insurance Billing and Patient Responsibility

5. 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 la práctica a facturar directamente a mi aseguradora. Entiendo que la cobertura es un contrato entre la aseguradora y yo, y que soy responsable de los deducibles, copagos, coseguros, servicios no cubiertos y cualquier otro cargo que el seguro no pague.

6. Delinquent Accounts and Collections

6. Cuentas morosas y cobros

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 que no se paguen oportunamente pueden remitirse a una agencia de cobros. Acepto ser responsable de los costos razonables de cobro, honorarios de abogados y costas judiciales, cuando corresponda.

7. Assignment of Benefits

7. 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 que los beneficios médicos se paguen directamente a Harbor Physicians por los servicios prestados. Esta autorización continuará vigente hasta que sea revocada por escrito.



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 recibir beneficios del seguro al momento de recibir los servicios. Si esta certificación es incorrecta, entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos.

9. Payment Agreement

9. 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, salvo que la práctica haya aprobado otros arreglos por escrito.

Patient Signature/Firma del paciente: : _____

Date/Fecha: _____



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

Patient Name / Nombre del paciente: _____

Date of Birth / Fecha de nacimiento: _____

1. Standards of Care / Normas de Atención

I understand this practice provides safe, appropriate care according to clinical standards and policies. Respectful communication and cooperation are required for care delivery.

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.

2. Patient Responsibilities / Conducta del Paciente

I agree to communicate respectfully, follow treatment plans or discuss concerns before refusing care, comply with policies and appointments, and avoid disruptive behavior.

Acepto comunicarme respetuosamente, seguir planes de tratamiento o discutir inquietudes antes de rechazar atención, cumplir con políticas y citas, y evitar conductas disruptivas.

3. Grounds for Discharge / Motivos de Alta

I understand I may be discharged (with or without notice) for noncompliance, inappropriate behavior, unsafe conduct, or interference with care delivery.

Entiendo que puedo ser dado de alta (con o sin aviso) por incumplimiento, conducta inapropiada, conducta insegura o interferencia con la atención médica.

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

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.

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.

5. Acknowledgment / Reconocimiento

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

Confirmo que he leído, comprendido y acepto estos términos.

Patient Signature / Firma del paciente: _____

Date / Fecha: _____



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I consent to receive healthcare services via telehealth.

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

Patient Name / Nombre del Paciente: _____

Signature / Firma: _____ **Date / Fecha:** _____



NOTICE OF PRIVACY PRACTICES / AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Effective Date: July 21, 2026

Fecha de vigencia: 21 de julio de 2026

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO IT. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ELLA. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Our Responsibilities

Nuestras responsabilidades

Harbor Physicians must maintain the privacy and security of your PHI, provide this notice, follow the notice in effect, and notify you promptly if a breach may have compromised your information.

Harbor Physicians debe mantener la privacidad y seguridad de su PHI, proporcionar este aviso, cumplir con el aviso vigente y notificarle oportunamente si una filtración pudiera haber comprometido su información.

How We May Use and Disclose Your Information

Cómo podemos usar y divulgar su información

- **Treatment.** We may use or share information to provide, coordinate, or manage your healthcare and consult with other professionals.

Tratamiento. Podemos usar o compartir información para proporcionar, coordinar o administrar su atención y consultar con otros profesionales.

- **Payment.** We may use or share information to bill and obtain payment from health plans or other entities.

Pago. Podemos usar o compartir información para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades.

- **Healthcare operations.** We may use or share information to operate the practice, improve care, train staff, assess quality, perform audits, and contact you.

Operaciones de atención médica. Podemos usar o compartir información para administrar la práctica, mejorar la atención, capacitar al personal, evaluar la calidad, realizar auditorías y comunicarnos con usted.

- **Reminders and alternatives.** We may contact you about appointments, results, treatment alternatives, or health-related services.

Recordatorios y alternativas. Podemos comunicarnos sobre citas, resultados, alternativas de tratamiento o servicios relacionados con la salud.

- **People involved in your care.** Unless you object, we may share relevant information with family, friends, caregivers, or others involved in your care or payment.

Personas involucradas en su atención. Salvo que se oponga, podemos compartir información pertinente con familiares, amigos, cuidadores u otras personas involucradas en su atención o pago.

- **As required or permitted by law.** We may disclose information for public health and safety, reporting abuse or neglect, oversight, legal proceedings, law enforcement, workers' compensation, organ donation, coroners, funeral directors, permitted research, government functions, or to avert a serious threat.

Según lo exija o permita la ley. Podemos divulgar información para salud y seguridad pública, reportar abuso o negligencia, supervisión, procedimientos legales, aplicación de la ley, compensación laboral, donación de órganos, médicos forenses, funerarias, investigación permitida, funciones gubernamentales o para evitar una amenaza grave.

Uses Requiring Written Authorization

Usos que requieren autorización escrita

We will obtain written authorization for uses or disclosures not otherwise permitted by law. Most uses of psychotherapy notes, marketing, and disclosures involving the sale of PHI require authorization. You may revoke authorization in writing except to the extent we already acted in reliance on it.

Obtendremos autorización escrita para usos o divulgaciones que la ley no permita de otra manera. La mayoría de los usos de notas de psicoterapia, mercadeo y divulgaciones relacionadas con la venta de PHI requieren autorización. Puede revocarla por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos actuado basándonos en ella.



YOUR HEALTH INFORMATION RIGHTS / SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA

- **Inspect or obtain a copy.** You may inspect or obtain paper or electronic copies of medical and billing records, usually within 30 days. We may charge a reasonable, cost-based fee.

***Inspeccionar u obtener una copia.** Puede inspeccionar u obtener copias impresas o electrónicas de sus expedientes médicos y de facturación, generalmente dentro de 30 días. Podemos cobrar un cargo razonable basado en el costo.*

- **Request correction.** You may ask us to correct information you believe is incorrect or incomplete. We may deny the request but will explain why in writing.

***Solicitar una corrección.** Puede pedirnos que corrijamos información incorrecta o incompleta. Podemos negar la solicitud, pero explicaremos la razón por escrito.*

- **Request confidential communications.** You may ask us to contact you in a specific way or at a different address. We will accommodate reasonable requests.

***Solicitar comunicaciones confidenciales.** Puede pedirnos que nos comuniquemos de una manera específica o a otra dirección. Atenderemos solicitudes razonables.*

- **Request restrictions.** You may ask us not to use or share certain information. We generally need not agree, except when you pay in full out of pocket and ask us not to disclose that care to a health plan for payment or operations, unless disclosure is required by law.

***Solicitar restricciones.** Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información. Generalmente no estamos obligados a aceptar, excepto cuando pague totalmente de su bolsillo y solicite que no divulguemos esa atención a un plan de salud para pago u operaciones, salvo que la ley exija la divulgación.*

- **Obtain an accounting of disclosures.** You may request a list of certain disclosures made during the six years before your request.

***Obtener un registro de divulgaciones.** Puede solicitar una lista de ciertas divulgaciones realizadas durante los seis años anteriores.*

- **Choose someone to act for you.** A legally authorized guardian or person with medical power of attorney may exercise your rights.

***Elegir a alguien que actúe por usted.** Un tutor legal o una persona con poder médico legalmente autorizada puede ejercer sus derechos.*

- **Receive a paper copy.** You may request a paper copy of this notice at any time.

***Recibir una copia impresa.** Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento.*

- **Complain without retaliation.** You may complain if you believe your privacy rights were violated. We will not retaliate.

***Presentar una queja sin represalias.** Puede presentar una queja si considera que se violaron sus derechos. No tomaremos represalias.*

Questions and Complaints

Preguntas y quejas

Contact the Harbor Physicians Privacy Officer at 904-368-6809 or write to 2140 Kingsley Avenue, Suite 1, Orange Park, FL 32073. You may also complain to the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, at ocrportal.hhs.gov or 1-877-696-6775.

Comuníquese con el Oficial de Privacidad de Harbor Physicians al 904-368-6809 o escriba a 2140 Kingsley Avenue, Suite 1, Orange Park, FL 32073. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. en ocrportal.hhs.gov o al 1-877-696-6775.

Changes to This Notice

Cambios a este aviso

We may change this notice and make the revision effective for all PHI we maintain. The current notice will be available at our office and, when applicable, on our website.

Podemos cambiar este aviso y aplicar la versión revisada a toda la PHI que mantenemos. El aviso vigente estará disponible en nuestra oficina y, cuando corresponda, en nuestro sitio web.



FLORIDA PATIENT'S BILL OF RIGHTS / DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE DE FLORIDA

Florida law requires that your provider recognize your rights while you receive medical care. You may request the full text of section 381.026, Florida Statutes.

La ley de Florida exige que su proveedor reconozca sus derechos mientras recibe atención médica. Puede solicitar el texto completo de la sección 381.026 de los Estatutos de Florida.

1. A patient has the right to be treated with courtesy and respect, with appreciation of individual dignity and protection of privacy.
1. El paciente tiene derecho a ser tratado con cortesía y respeto, valorando su dignidad individual y protegiendo su privacidad.
2. A patient has the right to a prompt and reasonable response to questions and requests.
2. El paciente tiene derecho a recibir una respuesta rápida y razonable a sus preguntas y solicitudes.
3. A patient has the right to know who is providing medical services and who is responsible for his or her care.
3. El paciente tiene derecho a saber quién presta los servicios médicos y quién es responsable de su atención.
4. A patient may bring a person of his or her choosing into patient-accessible areas while receiving treatment or consulting with the provider unless safety, health, or reasonable-accommodation concerns prevent it.
4. El paciente puede llevar a una persona de su elección a las áreas accesibles mientras recibe tratamiento o consulta con el proveedor, salvo que existan riesgos de seguridad o salud o que no pueda acomodarse razonablemente.
5. A patient has the right to know what patient-support services are available, including whether an interpreter is available.
5. El paciente tiene derecho a conocer los servicios de apoyo disponibles, incluido si hay un intérprete.
6. A patient has the right to know what rules and regulations apply to his or her conduct.
6. El paciente tiene derecho a conocer las reglas y normas que se aplican a su conducta.
7. A patient has the right to information concerning diagnosis, planned treatment, alternatives, risks, and prognosis.
7. El paciente tiene derecho a recibir información sobre el diagnóstico, tratamiento planificado, alternativas, riesgos y pronóstico.
8. A patient has the right to refuse treatment, except as otherwise provided by law.
8. El paciente tiene derecho a rechazar tratamiento, salvo que la ley disponga lo contrario.
9. Upon request, a patient has the right to information and counseling about available financial resources.
9. Previa solicitud, el paciente tiene derecho a información y orientación sobre recursos financieros disponibles.
10. An eligible Medicare patient has the right to know, upon request and before treatment, whether the provider accepts Medicare assignment.
10. Un paciente elegible para Medicare tiene derecho a saber, previa solicitud y antes del tratamiento, si el proveedor acepta la asignación de Medicare.
11. Before treatment and upon request, a patient has the right to a reasonable estimate of charges.
11. Antes del tratamiento y previa solicitud, el paciente tiene derecho a un estimado razonable de cargos.
12. A patient has the right to a reasonably clear, understandable, itemized bill and, upon request, an explanation of charges.
12. El paciente tiene derecho a una factura detallada, clara y comprensible y, previa solicitud, a una explicación de los cargos.
13. A patient has the right to impartial access to treatment regardless of race, national origin, religion, disability, or source of payment.
13. El paciente tiene derecho a acceso imparcial al tratamiento sin importar raza, origen nacional, religión, discapacidad o fuente de pago.
14. A patient has the right to treatment for an emergency medical condition that would deteriorate without treatment.
14. El paciente tiene derecho a tratamiento de una condición médica de emergencia que se deterioraría sin atención.
15. A patient has the right to know whether treatment is experimental research and to consent or refuse participation.
15. El paciente tiene derecho a saber si el tratamiento es investigación experimental y a consentir o negarse a participar.
16. A patient has the right to express grievances through the provider's grievance procedure and to the appropriate state licensing agency.
16. El paciente tiene derecho a presentar quejas mediante el procedimiento del proveedor y ante la agencia estatal de licencias correspondiente.



PATIENT RESPONSIBILITIES / RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

1. Provide accurate and complete information about complaints, illnesses, hospitalizations, medications, and other health matters.
1. Proporcionar información precisa y completa sobre quejas actuales, enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos de salud.
2. Report unexpected changes in your condition.
2. Informar cambios inesperados en su condición.
3. Tell the provider whether you understand the planned course of action and what is expected of you.
3. Informar al proveedor si comprende el plan de acción y lo que se espera de usted.
4. Follow the recommended treatment plan.
4. Seguir el plan de tratamiento recomendado.
5. Keep appointments or notify the office when unable to do so.
5. Asistir a las citas o notificar a la oficina cuando no pueda hacerlo.
6. Accept responsibility for your actions if you refuse treatment or do not follow instructions.
6. Aceptar responsabilidad por sus acciones si rechaza tratamiento o no sigue las instrucciones.
7. Fulfill financial obligations for healthcare as promptly as possible.
7. Cumplir sus obligaciones financieras de atención médica lo antes posible.
8. Follow office rules affecting patient care and conduct.
8. Cumplir las reglas de la oficina relacionadas con la atención y la conducta.

Questions or grievances: Ask to speak with the Practice Administrator. You may also contact the Florida Department of Health, Medical Quality Assurance Consumer Services Unit, at 850-488-0595.

Preguntas o quejas: Solicite hablar con el Administrador de la Práctica. También puede comunicarse con la Unidad de Servicios al Consumidor de Garantía de Calidad Médica del Departamento de Salud de Florida al 850-488-0595.



GOOD FAITH ESTIMATE / ESTIMADO DE BUENA FE

You have the right to receive a Good Faith Estimate explaining how much your healthcare will cost.

Usted tiene derecho a recibir un Estimado de Buena Fe que explique cuánto costará su atención médica.

If you are uninsured or choose not to use coverage, you have the right to an estimate of expected charges before receiving healthcare items or services.

Si no tiene seguro o decide no utilizar su cobertura, tiene derecho a recibir un estimado de los cargos esperados antes de recibir artículos o servicios de atención médica.

- You may request a Good Faith Estimate before scheduling.

Puede solicitar un Estimado de Buena Fe antes de programar el servicio.

- If care is scheduled at least 3 business days in advance, the estimate generally must be provided within 1 business day.

Si la atención se programa con al menos 3 días hábiles de anticipación, generalmente el estimado debe entregarse dentro de 1 día hábil.

- If care is scheduled at least 10 business days in advance, the estimate generally must be provided within 3 business days.

Si se programa con al menos 10 días hábiles de anticipación, generalmente debe entregarse dentro de 3 días hábiles.

- If requested before scheduling, the estimate generally must be provided within 3 business days.

Si lo solicita antes de programar, generalmente debe entregarse dentro de 3 días hábiles.

- Keep the estimate to compare with your final bill.

Conserve el estimado para compararlo con su factura final.

If a provider's or facility's bill is at least **\$400 more** than its estimate, you may be eligible to dispute the bill.

*Si la factura de un proveedor o centro es al menos **\$400 mayor** que su estimado, puede ser elegible para disputar la factura.*

Questions: Harbor Physicians, 904-368-6809; cms.gov/nosurprises/consumers; No Surprises Help Desk, 1-800-985-3059.

Preguntas: Harbor Physicians, 904-368-6809; cms.gov/nosurprises/consumers; Línea de Ayuda No Surprises, 1-800-985-3059.

ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT / ACUSE DE RECIBO

I acknowledge that Harbor Physicians provided or made available the Notice of Privacy Practices, Florida Patient's Bill of Rights and Responsibilities, and Notice of the Right to Receive a Good Faith Estimate.

Reconozco que Harbor Physicians me proporcionó o puso a mi disposición el Aviso de Prácticas de Privacidad, la Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente de Florida y el Aviso del Derecho a Recibir un Estimado de Buena Fe.

This acknowledgment confirms receipt or availability. It does not waive my rights, authorize additional uses or disclosures, or require agreement with the notices.

Este acuse confirma que recibí o tuve acceso a los avisos. No renuncia a mis derechos, no autoriza usos o divulgaciones adicionales ni exige que esté de acuerdo con los avisos.

Patient Name/ Nombre del paciente: _____

Signature/ Firma: _____ **Date/Fecha:** _____

Relationship, if applicable/Relación, si corresponde: _____

If acknowledgment is not obtained/Si no se obtiene el acuse:

!!! Declined/Se negó !!!Emergency/Emergencia !!!Other/Otro: _____