



**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: _____