



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: _____