

Initial GYN Visit SP Packet

- **Patient copies of post-op instructions are on top of the packet.**
- **If more than one page, staple them together and place one patient label on the first page only.**
- **No need to hole punch patient copies of post-op instructions. Just place instructions inside the chart.**

Pelosi Medical Center
INFORMACIÓN DEL PACIENTE ACTUALIZADA

(Escribir en letra impresa)

Fecha: ___ / ___ / ___

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Prefiero: _____ Apellido de soltera: _____ Srta./Sra./Sr. _____

Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ Seguro Social #: - - Raza: _____

Estado Civil: ___ Divorciado ___ Casado ___ Soltero ___ Viudo ___ Separado _____

Licencia de Conducir #: _____

¿Tiene un testamento en vida? Si No ¿En caso afirmativo, tiene usted una Directiva de Proxy? Si No

En caso afirmativo, nombre del Proxy (Healthcare Representative): _____

¿Tiene un Directiva de Instrucción? Si No _____

Lengua Materna: _____ Religión: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: () - Trabajo: () - Celular () - _____

Nombre del Empleador: _____ Dirección del Empleador: _____

Ocupación: _____

Correo electrónico: _____

Metodo preferido en el que podemos contactarte: Correo electrónico Mensaje de voz Mensaje de texto Message _____

Farmacia Preferida: _____ Dirección: _____ Tel #: _____

INFORMACIÓN DE LA VISITA

¿Por qué ha venido al consultorio hoy?

GINECOLOGIA ___ Examen Anual Problema _____

Si ha venido por algún problema, sírvase explicarlo: _____

ESTETICA: ___ Consulta Estética ___ Procedimiento Estético _____

Pelosi Medical Center

Cuestionario de Evaluación de Salud Femenina

NOMBRE: _____

FECHA: ___ / ___ / ___

TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Marca el casillero apropiado para cada síntoma que estés experimentando.

SYMPTOMS	NING	LEV	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE
Agotamiento físico (fatiga, falta de energía, vigor o motivación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de sueño (dificultad para conciliar el sueño o dificultad para dormir durante toda la noche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad (cambios de ánimo, agresividad, te enojas con facilidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad (sensación de agobio, pánico o nerviosismo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disminución del deseo o del interés (pérdida del "entusiasmo por la vida", sensación de desánimo o tristeza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síntomas en articulaciones y músculos (dolor de articulaciones, debilidad muscular, mala recuperación después de hacer ejercicio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades con la memoria (concentración, encontrar la palabra correcta o retener información)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dequedad en la vagina o dificultad con el acto sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas sexuales (cambios en el deseo, en la actividad sexual, en el orgasmo y/o en la satisfacción)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudoración (sudoración nocturna o mayor cantidad de episodios de sudoración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofocos (sensación repentina de calor que comienza en el pecho y dura poco tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caída de Cabello, devilitamiento o cambio en la textura del cabello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentir frío todo el tiempo, tener las manos o los pies fríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza o migrañas (aumento de frecuencia o intensidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peso (dificultad para bajar de peso a pesar de la dieta y el ejercicio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de vejiga (dificultad para orinar, mayor necesidad de orinar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oras síntomas o circunstancias de salud únicas a considerar:

PELOSI MEDICAL CENTER

ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE

Attachment 17.43(a)

Entiendo que los servicios prestados por los doctores Pelosi II/III o el personal del Pelosi Medical Center se facturarán inicialmente a mi compañía de seguros; sin embargo, yo soy responsable por el saldo de los cargos o por el monto total en caso que el seguro no cubra esos cargos. Declaro estar cubierta por una administradora de seguros o tener un plan de seguros en el que el Dr. Pelosi participa como proveedor y que el pago que efectúe la compañía de seguros se considerará un pago total en caso de que cubra todos los deducibles y copagos.

Entiendo que estos cargos son por los servicios prestados únicamente por los doctores Pelosi II/III o su personal y no incluyen cargos correspondientes a otros médicos por concepto de anestesia, asistentes en la cirugía o consultores necesarios para mi cuidado. Tampoco incluye los cargos del hospital. Existe la posibilidad que en algún momento durante la cirugía sea necesario practicar otros procedimientos cuyo costo asumiré personalmente.

Asimismo, entiendo que muchas compañías aseguradoras requieren una autorización previa y/o referencias del hospital y que los doctores Pelosi II/III y su personal cumplirán con su obligación de obtener dichas referencias y autorizaciones previas. Es posible que yo necesite acercarme al consultorio de mi médico particular a recoger dichas referencias para llevarlas al Pelosi Medical Center. Estoy de acuerdo en cooperar para proporcionar cualquier información necesaria y llenar cualquier formulario que la compañía aseguradora requiera para procesar satisfactoriamente la reclamación al seguro.

Entiendo también que si no lleno los formularios necesarios o no respondo a las preguntas formuladas por la compañía aseguradora relacionadas con el proceso de esta reclamación, es posible que la compañía aseguradora no efectúe ningún pago y que yo seré la única responsable.

Finalmente entiendo que si la deuda es enviada a una agencia de cobranzas, todos los gastos legales que se originen como consecuencia de la cobranza serán incluidos en mi factura para su pago correspondiente. Estos cargos podrían sumar un 35% adicional de mis gastos médicos e incluirán también los intereses acumulados que la cobranza genere.

Divulgación de información: iniciales _____

Mediante el presente autorizo al proveedor a divulgar cualquier información que se requiera para procesar la reclamación.

Cesión de beneficios: iniciales _____

Confirmando haber recibido servicios médicos y autorizo la divulgación de cualquier información médica que sea necesaria para procesar la reclamación por concepto únicamente del pago por concepto del cuidado de la salud. Autorizo a que el pago se efectúe directamente al proveedor.

NOMBRE EN LETRA IMPRENTA: _____

FIRMA: _____ **FECHA:** ___/___/___

PELOSI MEDICAL CENTER
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
ACKNOWLEDGEMENT

Attachment 06.09(a)

Entiendo que conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico promulgada en el año 1996 ("HIPAA" por sus siglas en inglés) tengo ciertos derechos de privacidad en relación con mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y podrá usarse para:

- Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y controles posteriores entre los múltiples proveedores de salud involucrados en mi tratamiento, directa o indirectamente.
- Obtener el pago de terceros.
- Llevar a cabo las operaciones normales de asistencia médica, tales como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Confirmando que he recibido su *Información sobre las Prácticas de Privacidad* conteniendo una descripción más completa sobre cómo usar y revelar mi información médica. Entiendo que el Pelosi Medical Center tiene derecho a modificar su *Información sobre las Prácticas de Privacidad* y que puedo acudir en cualquier momento al Centro ubicado en la dirección que se señala en el membrete y obtener un ejemplar actualizado de la *Información sobre las Prácticas de Privacidad*.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que ustedes limiten la forma cómo usar o revelar mi información privada para realizar un tratamiento, pago u operaciones de asistencia médica. Entiendo, asimismo, que ustedes no están obligados a aceptar mis restricciones; sin embargo, en el caso de hacerlo, deberán sujetarse a ellas.

Nombre del Paciente: _____
(Apellido) (Nombre)

Relación con el Paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Family members or others you authorize us to discuss your protected health information with:

Apellido: _____ Nombre: _____

Tel #: _____ Esposo Hijo/Hija Padre Otro, especificar _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Tel #: _____ Esposo Hijo/Hija Padre Otro, especificar _____

Para uso exclusiva del consultorio

No me fue posible obtener la firma del paciente como confirmación de recepción de la presente Notificación sobre las Prácticas de Privacidad por lo siguiente:

Razón:

Fecha: _____ Iniciales: _____

Pelosi Medical Center

HISTORIA DEL PACIENTE

FECHA: ___/___/___

Si se siente incómodo respondiendo alguna de las preguntas, déjelas en blanco; puede discutir las con su doctor o enfermero(a).

HISTORIA MÉDICA PASADA

ENFERMEDAD	Si (FECHA)	NO	DUDA	ENFERMEDAD	Si (FECHA)	NO	DUDA
SIDA				ENFERMEDAD DE GALL BLADDER (VESÍCULA BILIAR)			
ANEMIA				GLAUCOMA			
ANSIEDAD				DOLORES DE CABEZA			
ARTRITIS				ENFERMEDADES DEL CORAZÓN			
ASMA				HEPATITIS			
ENFERMEDAD AUTOINMUNE (LUPUS)				HERNIA HIATAL / REFLUJO			
PROBLEMAS DE COAGULACIÓN				PRESIÓN ALTA			
COÁGULOS DE SANGRE EN PULMONES O PIERNAS				INFERTILIDAD			
TRANSFUSIONES DE SANGRE				INFECCIONES AL RIÑÓN			
PROBLEMAS INTESTINALES				CÁLCULOS			
HUESOS ROTOS				ENFERMEDADES DEL HÍGADO			
CÁNCER				ENFERMEDADES DEL PULMÓN			
CATARATAS				NEUMONÍA			
VARICELA				ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL			
CONVULSIONES/ EPILEPSIA				DERRAME CEREBRAL			
EXPOSICIÓN AL DES				ENFERMEDADES DE LA TIROIDES			
DIABETES				TUBERCULOSIS			
PROBLEMAS ALIMENTICIOS				ÚLCERA			
FIBROMAS				OTRA			

CIRUGÍAS PASADAS (INCLUYE CIRUGIA COSMETICA)

NOMBRE DE LA OPERACIÓN	FECHA	NOMBRE DE LA OPERACIÓN	FECHA

MEDICAMENTOS ACTUALES

(Incluir hormonas, vitaminas, hierbas, medicamentos sin prescripción)

NOMBRE DE LA MEDICINA	QUIEN LA PRESCRIBIÓ	NOMBRE DE LA MEDICINA	QUIEN LA PRESCRIBIÓ

ALERGIAS Y SENSIBILIDADES (MEDICACION, ALIMENTOS, & MEDIO AMBIENTE)

ALERGIA	TIPO DE REACCIÓN
<input type="checkbox"/> SIN ALERGIAS O SENSIBILIDADES CONOCIDAS	

Pelosi Medical Center

HISTORIA DEL PACIENTE

HISTORIA FAMILIAR

ENFERMEDAD	SÍ	PARENTESCO (madre, padre, abuela, abuelo, hermana, o hermano)	EDAD DE INICIO
PROBLEMAS DE ALCOHOL			
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER			
MALFORMACIONES CONGÉNITAS			
COÁGULOS DE SANGRE EN PULMONES O PIERNAS			
TIPO DE CÁNCER: _____			
DIABETES			
PROBLEMAS DE DROGAS			
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN			
HEPATITIS			
PRESIÓN ALTA			
COLESTEROL ALTO			
VIH / SIDA			
ENFERMEDAD MENTAL / DEPRESIÓN			
OSTEOPOROSIS (HUESOS DÉBILES)			
DERRAME CEREBRAL			
TUBERCULOSIS			
OTRA			

HISTORIA MENSTRUAL

EDAD EN LA QUE EMPEZARON LOS PERIODOS:
INTERVALO DEL CICLO: DÍAS
DURACIÓN DE LOS PERIODOS (CANTIDAD DE DÍAS CON SANGRADO): DÍAS
FLUJO: ___ POCO ___ MEDIANO ___ ABUNDANTE
ÚLTIMO PERÍODO NORMAL (PRIMER DÍA): / /
PRUEBA CASERA DEL EMBARAZO: ___ POSITIVO ___ NEGATIVO ___ NO EFECTUADA
ESTADO DE LA MENOPAUSIA: ___ PRE MENOPAUSIA ___ PERI MENOPAUSIA ___ POST MENOPAUSIA
EDAD EN QUE EMPEZÓ LA MENOPAUSIA: AÑOS
MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL:
¿TIENE SANGRADO POR USAR ANTICONCEPTIVOS?
¿ESTA TOMANDO MEDICAMENTOS DE REEMPLAZO HORMONAL?

HISTORIA DEL EMBARAZO

NUMERO TOTAL DE EMBARAZOS:
NUMERO TOTAL DE PARTOS (Periodo completo):
NUMERO DE ABORTOS (Ab Espontáneos): ABORTOS OCURRIDOS EN ___1 ^{er} ___2 ^{do} ___3 ^{er} TRIMESTRE
INTERRUPCION DEL EMBARAZO:

Pelosi Medical Center

HISTORIA DEL PACIENTE**HISTORIAL SOCIAL**

	NUNCA	ACTUAL	ANTES	EDAD QUE EMPEZÓ	EDAD QUE PARO	CANTIDAD USADA AL DIA
SUSTANCIA USADA						
ALCOHOL						
CAFEÍNA						
COCAÍNA						
INHALANTES						
ABUSO DE DROGAS IV						
MARIHUANA						
NARCÓTICOS						
ABUSO DE OTRAS SUSTANCIAS						
ESTIMULANTES						
TABACO						

OCUPACIÓN
 TRABAJO DE OFICINA PRINCIPALMENTE

 PROFESIONAL DE LA SALUD

 TRABAJO FÍSICO PRINCIPALMENTE
RIESGO DE INFECCIÓN

	EXPUESTO A:	POSIBLEMENTE EXPUESTO A:	RIESGO DE INFECCIÓN	
			SÍ	NO
HERPES GENITAL				
GONORREA				
HEPATITIS B				
VIH				
SÍFILIS				
TUBERCULOSIS				
			TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS:	
			ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:	
			MÚLTIPLES PAREJAS SEXUALES:	
			NUEVA PAREJA SEXUAL:	
			RIESGO DE INFECCIÓN DESCONOCIDO	

EJERCICIO
 ACTIVO PERO NO EJERCICIO FORMAL

 MÍNIMA CANTIDAD DE EJERCICIO (UNA VEZ A LA SEMANA O MENOS)

 MODERADA CANTIDAD DE EJERCICIO (1 A 3 VECES POR SEMANA)

 GRAN CANTIDAD DE EJERCICIO (4 O MÁS VECES POR SEMANA)

 SEDENTARIO
VIOLENCIA DOMESTICA
 HISTORIA DE ABUSO EMOCIONAL POR EL ESPOSO / PAREJA

 HISTORIA DE ABUSO FÍSICO POR EL ESPOSO / PAREJA

 ABUSO DENUNCIADO A LAS AUTORIDADES LOCALES

 TRAUMATISMO SECUNDARIO DEL ABUSO

 TRAUMATISMO SECUNDARIO DEL ABUSO, HOSPITALIZACIÓN

 TRAUMATISMO SECUNDARIO DEL ABUSO, CIRUGÍA

Pelosi Medical Center

HISTORIA DEL PACIENTE**REVISIÓN DE LOS SISTEMAS**

Por favor marque (x) si alguno de los síntomas se aplican a usted ahora o desde la adultez

	ACTUAL	PASADO		ACTUAL	PASADO
1. FÍSICOS			SECRETIÓN VAGINAL ANORMAL		
CAMBIO DE ESTATURA			8. SISTEMA LOCOMOTOR		
FATIGA			DEBILIDAD MUSCULAR		
FIEBRE			DOLOR EN LAS ARTICULACIONES		
AUMENTO DE PESO			DOLORES MUSCULARES		
PERDIDA DE PESO			9. PIEL		
2. OJOS			IRRITACIÓN		
VISIÓN DOBLE			ULCERAS		
MANCHAS FRENTE A LOS OJOS			SEQUEDAD		
CAMBIOS EN LA DE VISIÓN			LUNARES (CAMBIOS O CRECIMIENTO)		
LENTES / LENTES DE CONTACTO			10. SENOS		
3. OÍDO, NARIZ & GARGANTA			DOLOR/ MOLESTIAS EN EL SENO		
DOLOR DE OÍDO			SECRETIÓN MAMARIA		
ZUMBIDOS			BULTOS		
PROBLEMAS DE AUDICIÓN			CAMBIO ANORMAL EN EL TAMAÑO		
PROBLEMAS NAALES			11. NEUROLÓGICO		
DOLOR DE GARGANTA			MAREOS		
ÚLCERAS BUCALES			CONVULSIONES		
PROBLEMAS DENTALES			ADORMECIMIENTO O COSQUILLEO		
4. CARDIOVASCULAR			PROBLEMAS AL CAMINAR		
DOLOR O PRESIÓN EN EL PECHO			PROBLEMAS DE MEMORIA		
DIFICULTAD AL RESPIRAR CUANDO SE ESFUERZA			DOLORES DE CABEZA FRECUENTES		
HINCHAZÓN DE LAS PIERNAS			12. SIQUIÁTRICO		
LATIDOS DEL CORAZÓN RÁPIDOS O IRREGULARES			DEPRESIÓN O LLANTO FRECUENTE		
5. RESPIRATORIO			ANSIEDAD		
RESPIRACIÓN DOLOROSA			13. ENDOCRINO		
RESPIRACIÓN SIBILANTE			PÉRDIDA DE CABELLO		
ESCUPIR SANGRE			INTOLERANCIA AL CALOR		
RESPIRACIÓN CORTA			INTOLERANCIA AL FRIÓ		
TOS CRÓNICA			SED ANORMAL		
6. GASTROINTESTINAL			BOCHORNOS		
DIARREA FRECUENTE			14. HEMATOLÓGICO		
HECES CON SANGRE			HEMATOMAS FRECUENTES		
NAUSEAS / VÓMITOS / INDIGESTIÓN			SANGRADO FÁCIL		
ESTREÑIMIENTO			NÓDULOS (GLÁNDULAS) LINFÁTICOS DILATADOS		
PÉRDIDA DE CONTROL DE GASES Y HECES EN EL RECTO			15. ALÉRGICO/ INMUNOLÓGICO		
7. GENITOURINARIO			SÍNTOMAS DE SINUSITIS ALÉRGICA		
SANGRE EN LA ORINA			ALERGIAS DE LA PIEL		
DOLOR AL ORINAR					
GRAN URGENCIA DE ORINAR					
ORINAR FRECUENTEMENTE					
MICCIÓN INCOMPLETA					
INCONTINENCIA URINARIA					
PÉRDIDA DE ORINA CUANDO TOSE O LEVANTA ALGO					
SANGRADO ANORMAL					
MENSTRUACIONES DOLORAS					
SÍNDROME PRE-MENSTRUAL (SPM)					
RELACIONES SEXUALES DOLOROSAS					

FORMULARIO COMPLETADO POR: PACIENTE ASISTENTE MÉDICO
 OTRO

FIRMA DEL PACIENTE: _____

Pelosi Medical Center
CARTA DE DERECHOS DEL PACIENTE

En reconocimiento de nuestra responsabilidad en la prestación de la atención al paciente, estos derechos y obligaciones se afirman en las políticas y procedimientos de Pelosi Medical Center.

El paciente tiene el derecho a:

- Ser tratado con cortesía y respeto, con reconocimiento de su dignidad individual y con la protección de su necesidad de privacidad.
- Estar informado de su derecho a cambiar de proveedor si otros proveedores calificados están disponibles.
- Se precisa notificación de la acreditación de la instalación, lo que refleja AAAHC como entidad acreditadora
- Sepa que cualquier operación de comercialización o publicidad relativa a la competencia y las capacidades de la organización no es de ninguna manera engañosa para el paciente.
- Sepa con quién está proporcionando servicios médicos y la disponibilidad de otros proveedores calificados si el cambio se solicita.
- Sepa cuáles son los servicios de apoyo al paciente están disponibles, incluyendo si hay un intérprete disponible si él/ella no habla Inglés.
- Sepa cuáles son las reglas y regulaciones se aplican a su conducta.
- Que se le dé, el proveedor de atención de la salud, la información sobre el diagnóstico, planificado curso de tratamiento, alternativas, riesgos y pronóstico.
- Recibir acceso imparcial al tratamiento médico oa instalaciones independientemente de su raza, origen nacional, religión, discapacidad física o fuente de pago.
- Reciba tratamiento para cualquier condición de emergencia médica que puede deteriorarse si no para proporcionar tratamiento.
- Saber si el tratamiento médico es para fines de experimentación / investigación y para dar su consentimiento o negativa a participar en dicha investigación experimental.
- Participar en las decisiones relacionadas con su atención médica, salvo que esté contraindicado por la preocupación por su salud.
- Participar en una adecuada evaluación y tratamiento del dolor.
- Rechazar el tratamiento, excepto en los casos previstos por la ley.
- Recibir, previa solicitud, la información completa y el asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su cuidado.
- Conocer, a solicitud y antes del tratamiento, si el proveedor de atención médica o centro de atención de salud acepta la tarifa asignada de Medicare.
- Recibir, previa solicitud, antes del tratamiento, un estimado razonable del costo de la atención médica.
- Recibir una copia de razonablemente clara y comprensible, factura detallada y, previa solicitud, para hacer cargas explicar.
- Tenga en cuenta antes de la atención en el caso de las instalaciones de los proveedores no tienen seguro de mala praxis.
- Agravios expresa respecto a cualquier violación de sus derechos o ella, como se indica en el estado aplicable y / o la ley federal, a través del procedimiento de quejas del proveedor de atención médica o centro de atención médica, lo que le sirvió o ella, y al correspondiente estado de licencias de agencia.

Como paciente tienes la responsabilidad de:

- Proporcionar, según su mejor conocimiento, información precisa y completa sobre sus quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud. Usted tiene la responsabilidad de reportar cambios inesperados en su condición al profesional responsable. Como paciente, usted es responsable de informar si comprende un curso de acción médica contemplado y lo que se espera de usted
- Reportar la insatisfacción con la calidad de la atención o el servicio prestado.
- Siga el plan de tratamiento recomendado por el médico principal responsable de su cuidado. Esto puede incluir: seguir las instrucciones de las enfermeras y el personal de salud aliado a medida que llevan a cabo el plan coordinado de atención, implementan las órdenes del profesional responsable y hacen cumplir las reglas y regulaciones aplicables de la instalación.
- Acuda a las citas y, cuando no pueda hacerlo por cualquier motivo, notifique al profesional responsable.
- Sea responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del profesional.
- Siga las reglas y regulaciones que afectan el cuidado y la conducta del paciente.
- Ser considerado con los derechos de otros pacientes y personal. Tanto usted como su decisor tienen la responsabilidad de ser respetuosos con la propiedad de otras personas y del Centro. El lenguaje verbalmente abusivo y la conducta verbal perturbadora no son aceptables, y si continúa después de una solicitud de detención, se le pedirá a usted o sus visitantes que abandonen los terrenos o que sean escoltados de las instalaciones por el Cumplimiento de la Ley.

Preguntas y Quejas

- Si tiene alguna inquietud sobre la atención que recibe en este centro, llame al director de la institución médica en 201-858-1800.
- Tiene derecho a informar cualquier inquietud sobre seguridad al New Jersey Department of Health al 800-792-9770 o PO Box 367, Trenton, NJ 08625.
- Tiene derecho a informar cualquier inquietud de seguridad a la Accreditation Association for Ambulatory Healthcare de la Salud al: 5250 Old Orchard Road, Suite 200, Skokie, IL 60077. Tel: 847.853.6060. Correo electrónico: info@aaahc.org
- Para obtener información sobre la cobertura de Medicare, llame al 800-MEDICARE (800-633-4227) o comuníquese con: Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, 7500 Security Blvd, Baltimore, MD 21244.
- Para obtener información sobre la cobertura de Medicaid, puede comunicarse con el Coordinador de Beneficios de Salud del Estado para Medicaid y / o NJ FamilyCare al número gratuito 1-800-701-0710. Los miembros con problemas de audición pueden llamar al número TDD / TTY al 1-800-701-0720.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Imprime tu nombre _____