

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

1. Los pacientes tienen derecho a ser tratados con consideración, respeto y dignidad.
2. Los pacientes tienen derecho a que se les brinde la privacidad adecuada.
3. Los pacientes tienen derecho a tener privacidad personal, a recibir atención en un entorno seguro y a no sufrir ninguna forma de abuso ni acoso.
4. Los pacientes tienen derecho a lo siguiente:
 - a. no sufrir ningún acto de discriminación o represalia;
 - b. expresar sus quejas sobre el tratamiento o la atención que se le brinda (o no); y
 - c. estar completamente informado sobre un tratamiento o un procedimiento y el resultado esperado antes de que se realicen.
5. Los pacientes reciben, en la medida en que se conozca, información sobre su diagnóstico, evaluación, tratamiento y progreso. Cuando no es aconsejable proporcionar dicha información a un paciente, la información se proporciona a una persona designada por el paciente o a una persona legalmente autorizada.
6. Si un tribunal declara incompetente a un paciente según las leyes estatales aplicables, los derechos del paciente son ejercidos por la persona designada por la ley estatal para que actúe en nombre del paciente.
7. Si un tribunal estatal no ha declarado incompetente a un paciente, todo representante legal o sustituto designado por el paciente de acuerdo con la ley estatal puede ejercer los derechos del paciente en la medida permitida por la ley estatal.
8. Cuando surge la necesidad, se realizan intentos razonables para que los profesionales de la salud y otros miembros del personal se comuniquen en el idioma o la forma que utilizan principalmente los pacientes.
9. Los pacientes tienen derecho a participar activamente en las decisiones relacionadas con su atención médica, excepto cuando dicha participación esté contraindicada por razones médicas.
10. Los pacientes tienen derecho a conocer los servicios y las disposiciones de las instalaciones para atención fuera de horario y de emergencia.
11. Los pacientes tienen derecho a examinar y recibir una explicación de su factura independientemente de la fuente de pago.
12. Los pacientes tienen derecho a recibir un estimado de los honorarios por los servicios y las políticas de pago antes de una cirugía.
13. Los pacientes tienen derecho a que se les informe de la política de la instalación con respecto a las voluntades anticipadas o los testamentos en vida. Si se produce un evento adverso durante el tratamiento en esta instalación, se iniciarán medidas de resucitación o estabilización antes de trasladar al paciente a otra instalación.
14. Los pacientes tienen derecho a conocer las credenciales de los profesionales de la salud.
15. Los pacientes tienen derecho a saber si se carece de cobertura por negligencia profesional.
16. Los pacientes tienen derecho a expresar quejas/reclamos y sugerencias en cualquier momento y se les informará sobre el procedimiento para hacerlo cuando lo soliciten. Tienen derecho a pretender que la instalación establezca un proceso para la pronta resolución de las quejas de los pacientes.
17. Los pacientes tienen derecho a esperar que el personal que los atiende sea amable, considerado, respetuoso y calificado a través de la educación y la experiencia, y que preste los servicios de los que es responsable con la mejor calidad de atención.
18. Los pacientes tienen derecho a ejercer estos derechos sin importar su género, origen cultural, económico, educativo o religioso o la fuente de pago de su caso.
19. Los pacientes tienen derecho a cambiar de médico primario o especialista, o dentista si hay otros médicos o dentistas calificados disponibles.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

1. Los pacientes tienen la responsabilidad de proporcionar información precisa y completa sobre su salud, cualquier medicamento, incluso los productos de venta libre y suplementos dietéticos, y cualquier alergia o sensibilidad.
2. Los pacientes son responsables de seguir el plan de tratamiento recomendado por su proveedor y participar en su atención.
3. Los pacientes son responsables de hacer los arreglos para que un adulto responsable los lleve a casa después de una cirugía o procedimiento y permanezca con ellos en casa durante las primeras 24 horas posteriores a una cirugía, si así lo requiere su proveedor.
4. Los pacientes son responsables de cumplir puntualmente con las obligaciones financieras no cubiertas por su seguro.
5. Los pacientes son responsables de comportarse respetuosamente con todos los profesionales de la salud y el personal, así como con los otros pacientes.



Formulario de registro del paciente

<input type="checkbox"/> MED-PAY <input type="checkbox"/> MEDI-MEDIS <input type="checkbox"/> MEDI-CAL <input type="checkbox"/> MEDICARE <input type="checkbox"/> Grav. LP <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> AUTO PAGO <input type="checkbox"/> CT		
Nombre del Paciente en Letra de Imprenta: NOMBRE APELLIDO		Teléfono Móvil: ()
Dirección:		Teléfono del Trabajo: ()
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Correo Electrónico:		Teléfono Fijo: ()
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Fecha de Nacimiento: M / D / A	Estado Civil:	
N° de Seguro Social:		N° de Licencia de Conducir:
Empleador:		Ocupación:
Nombre del Contacto de Emergencia:		Teléfono: ()
Dirección del Contacto de Emergencia:		Teléfono Móvil: ()
Médico que lo Deriva:		Idioma Principal:
Persona Responsable del Pago: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abogado (Nombre/Firma: _____) <input type="checkbox"/> Otros (especificar: _____)		
Nombre del Asegurado:		Fecha de Nacimiento: / /
Dirección:		Vínculo con el Paciente:
Seguro Primario:	N° de Suscriptor:	N° de Grupo:
Compañía de Seguros de Compensación al Trabajador:		Teléfono: ()
Dirección Postal:		Fax: ()
Ajustador:		Empleador en el momento de la Lesión:
Reclamación N°:		Fecha de la Lesión: / /
Parte del Cuerpo Lesionada:		

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que soy responsable del pago de la tasa por el uso de la entidad que puede ser pagadera en el momento del servicio y/o posteriormente (al recibir el estado de cuenta). Entiendo que el pago de la tasa por el uso de la entidad no incluye los honorarios del profesional/cirujano ni los del anestesiólogo. Si tengo y proporcioné información sobre el seguro, entiendo que, como cortesía, Carrillo Surgery Center facturará a mi compañía de seguros por los servicios prestados y entiendo que es mi responsabilidad pagar cualquier saldo que mi compañía de seguros NO haya pagado a la entidad, Carrillo Surgery Center. Se me ha informado que Carrillo Surgery Center puede ser un centro de cirugía ambulatoria fuera de la red para algunos planes de seguro y es mi responsabilidad contactar a mi compañía de seguros para determinar mis beneficios. Reconozco que soy responsable de pagar por cualquier coseguro, deducible, limitaciones de la póliza u otros costos compartidos como parte del Monto Permitido y/o cargos no pagados o cubiertos por mi seguro. Si me envían algún pago directamente por los servicios prestados, entiendo completamente que soy responsable de asignar/direccionar este pago a Carrillo Surgery Center de inmediato. Entiendo que es mi responsabilidad garantizar que todas las autorizaciones necesarias estén vigentes antes de mi procedimiento, según sea necesario.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo la divulgación de la información médica necesaria para procesar los reclamos de seguros de esta oficina. Solicito y autorizo la cesión para el pago de beneficios médicos a Carrillo Surgery Center.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y SOLICITUD DE REGISTROS

Autorizo a Carrillo Surgery Center a divulgar información específica para mi(s) fecha(s) de prestación de servicios, y autorizo a Carrillo Surgery Center a solicitar y obtener copias de la información contenida en mis registros médicos, incluyendo copias de informes, observaciones del consultorio, radiografías, resonancias magnéticas (RM), tomografías computarizadas (TC) y cualquier otro registro médico similar, según sea necesario, de otros centros de atención de la salud o de servicios médicos.

Firma del Paciente (o Representante del Paciente)	Fecha
--	--------------



My Medication Record
Mi Registro de Medicamentos

LIST ALL MEDICATIONS AND MATERIALS YOU ARE ALLERGIC OR SENSITIVE TO:

INCLUDE HERBAL, OVER THE COUNTER DRUGS, SUPPLEMENTS & VACCINATIONS. ANY PRODUCT DESIGNATED BY THE FDA AS A DRUG. PLEASE INCLUDE ENVIRONMENTAL SENSITIVITIES AS WELL.

Liste todos los medicamentos o cosas que te causan alergia incluyendo vitaminas, medicamentos naturales, venta sin recetas, vacunas, cualquier producto designado por la FDA como una droga y alergias ambientales.

ALLERGIES AND SENSITIVITIES / ALERGIAS Y SENSIBILIDADES

Medications/ Materials <i>Medicamentos/ Materiales</i>	Type of Reaction <i>Tipo de Reacción</i>

LIST THE MEDICATIONS YOU TAKE REGULARLY AND/OR AS NEEDED

INCLUDE HERBAL, OTC, & SUPPLEMENTS AS WELL.

Apunte los medicamentos que toma regularmente o ocasionalmente.

Incluyendo medicamentos en venta sin receta, medicamentos naturistas y vitaminas.

Medication Name <i>Nombre De Medicamento</i>	What is it for? <i>¿ Para Que?</i>	Dose/ How Often? <i>Dosis/ ¿Cada cuándo?</i>	Date & time medication was last taken <i>¿ Fecha y hora que tomo la medicina por última vez?</i>	Doctor who prescribed it <i>¿ Recetado por que doctor?</i>

For more information on safe and effective medicine use ask your pharmacist or physician.

Para mára información sobre medicamentos seguros y efectivos pregúntele a su farmacia/ doctor.

*****BELOW TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN*****

****Por debajo- debe ser completado por medico****

New Medications <i>Nuevo Medicamento</i>	What is it for? <i>¿ Para Que?</i>	Dose <i>Dosis</i>	How Often? <i>¿Cada cuando?</i>	Date Started <i>Fecha Comenzada</i>	Time Started <i>Hora Comenzada</i>

Medications being Discontinued <i>Medicamentos Discontinuada</i>	Date Medication Discontinued <i>Fecha cuando discontinuo medicamento</i>	When to Resume <i>Cuando Puedo Volver a Tomar</i>

Patient's Signature (Firma del Paciente)

Date (Fecha)

Physician's Signature

Date

