

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Nuestro consultorio se compromete a brindar atención médica de calidad. Nuestro compromiso es brindar esta atención con respeto y dignidad. De acuerdo con este compromiso, presentamos los siguientes derechos y responsabilidades del paciente::

Tiene Derecho A:

- Un médico personal que lo atienda de manera regular y continua.
- Atención médica competente, considerada y respetuosa, independientemente de su raza, credo, edad, sexo u orientación sexual.
- Una segunda opinión médica del médico de su elección, a su cargo.
- Una explicación completa y fácilmente comprensible de su condición, tratamiento y posibilidades de recuperación.
- La revisión personal de su historial médico con cita previa y de acuerdo con las pautas estatales y federales aplicables.
- Manejo confidencial de la comunicación y los registros relacionados con su atención médica.
- Tomar decisiones sobre la atención que recomiende el médico y que se respeten esas decisiones. Un paciente que tiene capacidad para tomar decisiones puede aceptar o rechazar cualquier intervención médica recomendada.
- La información necesaria para tomar una decisión informada sobre cualquier tratamiento o procedimiento, excepto en casos limitados en una situación de emergencia. Estar libre de abuso mental, físico y sexual.
- Un trato humano de la manera menos restrictiva que sea adecuada para las necesidades del tratamiento.
- Un plan de tratamiento individualizado. Que se evalúe y controle su dolor.
- Rehusarse a participar como sujeto de una investigación.
- Una explicación de su factura médica independientemente de su seguro y la oportunidad de examinarla personalmente.
- La expectativa de que tomaremos medidas razonables para superar las barreras culturales o de comunicación de otro tipo que puedan existir entre usted y el personal.
- La oportunidad de presentar una queja si surge una disputa con respecto a la atención, el tratamiento o el servicio o de seleccionar un médico diferente.
- Proporcionar una copia de su Directiva anticipada o Testamento vital si actualmente tiene uno, o solicitar ayuda para crear uno a través de http://www.azsos.gov/adv_dir/ o <https://healthcurrent.org/azhdr/>

Usted es Responsable de:

- Conocer el nombre y el cargo de su médico.
- Dar a su médico información completa y correcta sobre su historial médico, por ejemplo, alergias, enfermedades pasadas y presentes, medicamentos y hospitalizaciones.
- Proporcionar al personal información correcta y completa sobre su nombre, dirección, teléfono y contacto de emergencia cada vez que visite a su médico para que podamos comunicarnos con usted en caso de un cambio de horario o para darle instrucciones médicas.
- Proporcionar al personal información actual y completa sobre su seguro, incluido cualquier seguro secundario, cada vez que visite a su médico.
- Firmar un formulario de "Divulgación de información" cuando se lo soliciten para que su médico pueda obtener registros médicos de otros médicos involucrados en su atención.
- Informar a su médico sobre todos los medicamentos recetados, terapias alternativas (por ejemplo, a base de hierbas u otras) o medicamentos de venta libre que toma. Si es posible, lleve los frascos a su cita.
- Informar a su médico sobre cualquier cambio en su condición o reacciones a medicamentos o tratamientos.
- Hacerle preguntas a su médico cuando no comprenda su enfermedad, plan de tratamiento o instrucciones de medicación.
- Seguir los consejos de su médico. Si rechaza el tratamiento o se niega a seguir las instrucciones de su médico, usted es responsable de las consecuencias médicas.
- Asistir a sus citas. Si debe cancelar su cita, llame al centro de salud con al menos 24 horas de anticipación.
- Pagar los copagos en el momento de la visita u otras facturas al recibirlas.
- Seguir las reglas del consultorio sobre la conducta del paciente; por ejemplo, no se permite fumar en nuestro consultorio.
- Respetar los derechos y la propiedad de nuestro personal y otras personas en el consultorio.

CHOPRA UROLOGY

SAMEER CHOPRA MD LLC

He leído y comprendido la información anterior y comprendo mis derechos y responsabilidades.

Firma del Paciente o Guardian

Fecha