

Acuerdo de centro de atención médica

El PRESENTE CONTRATO de Prestador de Servicios Profesionales es un ACUERDO entre USTED Y su Prestador de Servicios Profesionales y/o Proveedor a quien en lo sucesivo se le denominara "Proveedor", para satisfacer TODOS sus cuidados de salud.

Como su médico o proveedor personal, acordamos:

1. Respetar sus derechos como paciente, tratándolo con dignidad y respeto.
2. Nos enfocaremos en escuchar sus preocupaciones, educarle en sus cuidados de salud y servicios médicos preventivos
3. Nos empeñaremos en tratarle como a una persona: física, mental y emocionalmente.
4. Nuestro propósito es proveer con **calidad continua** y **segura** de atención médica, incluyendo evitar enfermedades para el bienestar de su futura salud.
5. Programaremos citas en un tiempo apropiado con urgencias de su salud y condición crónica.
6. Estaremos disponibles para Usted las 24 horas del día, a través de citas en consultorio, llamadas telefónicas y/u otros medios de comunicación electrónicos.
7. Proveerle con otros recursos en el cuidado de su salud si no estamos disponibles de inmediato.
8. Proporcionarle referencias a especialistas, según la recomendación **medicada** por su proveedor.
9. Ofrecerle un excelente tratamiento médico, así como medicamentos de calidad, equipo médico y cualquier otro recurso recomendado por su proveedor como le fue correctamente **medicado**.

Información y responsabilidades del paciente:

1. Colaborar con nosotros como su proveedor para satisfacer todos sus cuidados de salud.
2. Comunicarnos sus preocupaciones de salud y metas establecidas.
3. Informar cualquier cambio relacionado con su salud, nuevos tratamientos, medicinas, etc.
Esto incluye el consumo de **todos los medicamentos** ya sea estos con receta o sin ella, así como remedios caseros, hierbales y drogas.
Esto también incluye el uso de cualquier equipo médico que actualmente este utilizando o que se le haya ordenado o recomendado a utilizar.
4. Llamarnos **antes** de ir a la sala de emergencias, a menos que sea una condición mortal.
5. Notificarnos **después** de cada visita a la sala de emergencias, clínicas de cuidados urgentes u hospitales.
6. Programar citas con el tiempo apropiado incluyendo citas de **seguimiento**.
7. Mantener sus citas programadas con nosotros y con especialistas.
8. Si no puede llegar o quiere cancelar una cita, llame **antes** para cancelarla o reprogramarla.
9. Usted puede ser despedido del cuidado su proveedor si repetidamente falta a citas sin cancelar previa notificación o si no cumple con las responsabilidades enlistadas en el presente contrato.

“El Cuidado de su Salud es un acercamiento en Equipo que involucra a USTED y su Proveedor Médico”

Nombre del paciente: **X**

Fecha de nacimiento del paciente _____

Firma del padre 

Fecha: **X**

Firma del proveedor o Agente medico: _____

Fecha: _____