



Información del paciente (presente su identificación con foto y tarjeta de seguro con esta documentación)									
Nombre Legal:Primero		Medio		Último		Sufijo (Jr., Sr., II, III etc.)			
Fecha de nacimiento: / /		Seguridad social #		Sexo del paciente según figura en el seguro/licencia de conducir/documento de identidad del estado ☐ Hombre ☐ Mujer					
Dirección				Apto./Int. /Und.	Ciudad		Estado	Código postal	
Teléfono móvil /Celular ()		Teléfono de casa ()		Dirección de correo electrónico					
La mejor manera de ponerse en contacto conmigo/dejar mensajes (marque todas las que correspondan):				☐ Teléfono/correo de voz		☐ Correo electrónico/Portal del paciente		☐ Mensaje de texto	
Pronombre preferido ☐ Pregunta desconocida ☐ Él, Él, Su ☐ Ella, Su ☐ Ellos, Ellas, Su ☐ Elle ☐ Otros ☐ Rechazado									
¿Cómo describiría usted (paciente) su identidad de género?					Orientación sexual:				
☐ Mujer		☐ Hombre a Mujer (MTF)		☐ Lesbiana o Gay		☐ Algo más			
☐ Hombre		Transgénero Femenino		☐ Heterosexual (o hetero)		☐ Elijo no revelar			
☐ Mujer a Hombre (FTM)		☐ Elijo no revelar		☐ Bisexual		☐ No lo sé			
Transgénero Masculino		☐ Otros _____							
Estado Civil	☐ Soltero	☐ Union Libre	☐ Casado	☐ Divorciado	☐ Separado	☐ Viudo	☐ Otros		
Idioma Preferido	☐ Burmano	☐ Inglés	☐ Francés	☐ Alemán	☐ Japonés	☐ Italiano	☐ Español		
	☐ Gujarati	☐ Kanjobal	☐ Tigrina	☐ Sudanés	☐ Otros				
Condición de estudiante	☐ A tiempo completo	☐ A tiempo parcial	☐ No es un estudiante						
Persona responsable de la factura - Si es "uno mismo", déjelo en blanco									
Relación	☐ Yo mismo	☐ Padres	☐ compañero de vida	☐ Cónyuge	☐ Otros _____				
Nombre Legal:Primero		Medio		Último		Sufijo (Jr., Sr., II, III etc.)			
Dirección				Apto./Int. /Und.	Ciudad		Estado	Código postal	
Fecha de nacimiento: / /		Seguridad social #							
Información sobre seguros									
Situación De Vivienda	☐ Dobles	☐ Transitorio	☐ Calle	☐ Albergue	☐ Otros (sin hogar)	☐ Viviendas de apoyo permanente			
	☐ Tengo hogar								
Contacto en caso de emergencia/relaciones/role									
Nombre Legal:Primero		Medio		Ultimo		Sufijo (Jr., Sr., II, III etc.)			
Dirección				Apto./Int. /Und.	Ciudadity		Estado	Código postal	
Teléfono móvil /Celular ()		Teléfono de casa ()		Relación con el Paciente					
Condición de trabajador migrante									
☐ Migrante	☐ No es un trabajador agrícola	☐ Trabajador temporal							
Raza:	☐ Indio Asiático	☐ Chino	☐ Nativo de Hawai	☐ Blanco	☐ Asiático				
	☐ Vietnamita	☐ Otros asiáticos	☐ Filipino	☐ Japonés	☐ Coreano				
	☐ Indio Americano/Nativo de Alaska	☐ Negro/Afroamericano	☐ Otros Isleños del Pacífico	☐ Samoano	☐ Guameño o Chamorroorro				
Etnia:	☐ Hispano	☐ No Hispano	☐ Chicano	☐ Cubana	☐ Otros Hispanos				
	☐ Mexicano	☐ Mexicoamericano	☐ Puertorriqueño	☐ Español					
Veterano:	☐ Si	☐ No							

Yo, _____, por la presente autorizo al personal de Promise Healthcare para proporcionar atención en mi nombre y tener acceso a la información necesaria para la prestación de servicios.

- Entiendo que en una situación de emergencia la atención no se retrasará, y este consentimiento se firmará tan pronto como sea posible a partir de entonces.
- Autorizo a Promise Healthcare a realizar las derivaciones oportunas en mi nombre.
- Entiendo que Promise Healthcare trabaja en colaboración con instituciones de enseñanza en la comunidad, y puedo ver a un residente o interno.
- Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para tramitar mi(s) reclamación(es) de seguro.
- Autorizo y solicito el pago de las prestaciones médicas directamente a Promise Healthcare.

Los formularios son válidos durante 12 meses a partir de la fecha de su firma o hasta que el paciente los revoque por escrito.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Otra Firma: _____ **Fecha:** _____

(si el paciente no lo completa y se ha recibido la documentación adecuada)

Formulario revisado el 18/03/2024

Confirmación de la "Notificación de prácticas en la privacidad"

Al firmar a continuación, confirmo que he recibido una copia de la "Notificación de prácticas en la privacidad".

Nombre del Paciente / Tutor: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Confirmación de la "Declaración de derechos del paciente"

Al firmar a continuación, confirmo que he recibido una copia de la "Declaración de derechos del paciente".

Nombre del Paciente / Tutor: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Autorización para Hablar Verbalmente sobre Información de Salud

¿Quién puede hablar sobre su información de salud?

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

IMPORTANTE – POR FAVOR LEA

- Este formulario permite a Promise Healthcare hablar verbalmente sobre información de salud solo en persona o por teléfono.
- Este formulario NO autoriza la divulgación de expedientes médicos por escrito. Para liberar registros escritos se requiere un Formulario de Autorización para la Divulgación de Información (ROI).
- La ley de Illinois otorga a los menores de 12 a 17 años el derecho de controlar ciertos servicios de salud.
- Promise Healthcare cumple con HIPAA y la ley de Illinois independientemente de quién firme este formulario.

Nota importante:

Este formulario incluye una **segunda página** que debe revisarse. Ciertos tipos de **información de salud sensible** requieren consentimiento adicional y se explican en la página 2.

Incluir a alguien en este formulario **no autoriza automáticamente** la divulgación de toda la información de salud. Según la ley de Illinois, los pacientes de **12 a 17 años** tienen derecho a consentir ciertos servicios, y **puede requerirse el consentimiento del menor**, incluso si un padre o tutor está incluido o ha firmado. Más información en la página 2.

☐ **NO autorizo** a Promise Healthcare a hablar sobre mi información de salud con nadie.

Las personas que pueden recibir mi información de salud

1. Nombre:		Relación con usted:	
Teléfono #:		Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
2. Nombre:		Relación con usted:	
Teléfono #:		Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
3. Nombre:		Relación con usted:	
Teléfono #:		Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	

TIPOS DE INFORMACIÓN APROBADOS
(Marque todo lo que aplique, sujeto a restricciones legales)

Información de facturación	Información de citas	Resultados de laboratorio o pruebas diagnósticas	Información de tratamiento
Servicios dentales	Otro (especifique): _____ _____ _____		Toda la información legalmente permitida

INFORMACIÓN DE SALUD SENSIBLE – SE REQUIERE CONSENTIMIENTO ADICIONAL

Entiendo que la información aprobada anteriormente puede incluir **información de salud sensible** que requiere autorización específica antes de que pueda discutirse. Al inicialar y colocar la fecha en cada elemento a continuación, autorizo a Promise Healthcare a hablar verbalmente sobre los temas sensibles seleccionados con las personas indicadas en este formulario, únicamente según lo permitido por las leyes federales y del estado de Illinois.

Importante:

Seleccionar “Toda la información” en la página anterior **NO autoriza** la divulgación de información sensible a menos que el elemento correspondiente a continuación tenga sus iniciales y la fecha, y que la divulgación esté permitida por la ley.

Consentimiento de Menores en Illinois

Cuando la ley de Illinois permite que un menor consienta un servicio de forma independiente, **solo el menor** puede autorizar la divulgación de información relacionada con ese servicio.

Para menores de **12 a 17 años**, se requiere la autorización del menor (iniciales y firma) para discutir información relacionada con (lista no exhaustiva):

- Uso o tratamiento de alcohol o drogas
- Atención de salud reproductiva
- VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual (ETS/ITS)

Cuando la ley lo permite, un padre o tutor legal puede autorizar la divulgación, sujeto a restricciones legales.

Selecione toda la información sensible adicional que desea autorizar (Debe iniciar y colocar la fecha en cada una para que sea divulgada)

** Para pacientes de 12 a 17 años, los elementos marcados con asterisco (*) pueden requerir autorización del menor.*

Salud mental / conductual

- **Tratamiento psiquiátrico / salud mental**

(ej. diagnóstico psiquiátrico, citas, manejo de medicamentos, hospitalización)

Iniciales: _____ Fecha: _____

- ***Servicios de consejería / terapia (ambulatorios)**

Iniciales: _____ Fecha: _____

*Abuso de alcohol/drogas

Iniciales: _____

Fecha: _____

Genética

Iniciales: _____

Fecha: _____

*Atención reproductiva

Iniciales: _____

Fecha: _____

*HIV/AIDS/Sexually Transmitted Disease

Iniciales: _____

Fecha: _____

Firmas de Autorización

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendido esta autorización. Entiendo que esta autorización permite **solo la discusión verbal** de la información de salud identificada anteriormente, únicamente según lo permitido por la ley federal y del estado de Illinois.

Entiendo que la divulgación:

- Depende de quién tenga la autoridad legal para consentir el servicio
- **Para menores:** requiere la firma del menor cuando la ley de Illinois permite que el menor (12–17 años) consienta de forma independiente, y no puede ser autorizada por un padre o tutor para servicios sujetos a derechos de consentimiento del menor
- Promise Healthcare requiere un **testigo adulto (que no sea el padre)** cuando el paciente es menor (12–17 años)

Firma del paciente / padre / tutor legal:

Firma: _____ Fecha: _____ Nombre en letra de molde: _____

Relación con el paciente (si aplica): _____

Firma del paciente menor

(Requerida cuando el menor consintió el servicio de forma independiente)

Firma: _____ Iniciales del menor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Testigo (requerido para menores de 12 a 17 años)

Firma: _____ Fecha: _____ Nombre en letra de molde: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

Esta autorización permanece válida mientras el paciente reciba servicios en Promise Healthcare, a menos que se especifique una fecha de vencimiento anterior o se revoque por escrito. Si se completan múltiples versiones de este formulario, **solo la versión firmada más reciente será válida.**

Si el paciente es menor al momento de la firma, esta autorización vence cuando el paciente cumple **18 años** o se emancipa.

Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse la información de salud sobre usted, y cómo puede obtener acceso a dicha información. Por favor, revíselo cuidadosamente. Este aviso se aplica a todas las ubicaciones de Promise Healthcare.

Sus Derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia electrónica o en papel de su expediente médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Es posible que le pidamos que haga la solicitud por escrito.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.

Solicite la corrección de su expediente médico

- Puede solicitarnos que corrijamos la información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

Solicite comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono de su casa o de su trabajo) o que enviemos correspondencia a una dirección diferente.
- Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Solicite limitar lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago u operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su propio bolsillo y en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con su aseguradora de salud con fines de pago u operaciones.
- Diremos “sí” a menos que la ley nos obligue a compartir esa información.

Obtenga una lista de con quiénes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (registro) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué.

- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas relacionadas con tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como las que usted nos pidió que hiciéramos). Proporcionaremos un registro por año sin costo, pero cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otro dentro de un período de 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de manera oportuna.

Elija a alguien para que actúe en su nombre

- Si ha otorgado a alguien un poder legal para decisiones médicas o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que dicha persona tenga la autoridad correspondiente y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presente una queja si considera que se han violado sus derechos

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información que aparece en la última página de este aviso.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus Opciones

Para cierta información de salud, usted puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara en las situaciones que se describen a continuación, infórmenos y seguiremos sus instrucciones. Usted tiene el derecho de decidir si compartimos información con su familia, amigos cercanos, otras personas involucradas en su atención o en una situación de ayuda en caso de desastre.

Si usted no puede indicarnos su preferencia —por ejemplo, si está inconsciente—, podemos compartir información si creemos que es en su mejor interés o cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que usted nos dé su permiso por escrito: con fines de mercadeo, la venta de su información o la mayoría de los intercambios de notas de salud mental.

En el caso de recaudación de fondos:

Podemos comunicarnos con usted para realizar actividades de recaudación de fondos, pero usted puede indicarnos que no desea que lo contactemos nuevamente.

Otros Usos y Divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?

Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

Tratarle

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén atendiendo.

Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión consulta con otro médico sobre su estado general de salud.

- Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Usamos información de salud sobre usted para gestionar su tratamiento y servicios.

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades.

Ejemplo: Proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.

- Los ejemplos utilizados en este Aviso de Prácticas de Privacidad son solo ilustrativos y no pretenden ser una lista completa.

¿De qué otras maneras podemos usar o compartir su información de salud?

- La ley nos permite o nos exige compartir su información de otras maneras, por lo general en formas que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, consulte:

<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>.

- Ayuda con asuntos de salud pública y seguridad.

- Podemos compartir información de salud sobre usted en ciertas situaciones, tales como las siguientes: prevenir enfermedades, ayudar con el retiro de productos del mercado, reportar reacciones adversas a medicamentos, reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica, y prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

Realizar investigaciones

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Cumplir con la ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) si necesita verificar que cumplimos con la ley federal de privacidad.
- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir información de salud con un forense, médico examinador o director funerario cuando una persona fallece.

Atender solicitudes de compensación laboral, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir su información de salud:

- Para reclamaciones de compensación laboral
- Para fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir su información de salud cuando sea requerido por una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

HIPAA no reemplaza otras leyes que brindan mayores protecciones de privacidad

Si la ley federal o estatal exige protecciones más estrictas, debemos cumplir con dichas leyes además de HIPAA.

Ciertos tipos de información —como resultados de pruebas genéticas, expedientes de salud mental, resultados de pruebas de VIH/SIDA, registros educativos e información de programas de tratamiento de alcohol o abuso de sustancias financiados por el gobierno federal— tienen restricciones legales adicionales sobre cómo pueden usarse o divulgarse.

Otros

- Los registros relacionados con servicios de salud reproductiva están sujetos a protecciones de privacidad reforzadas conforme a la Regla Final de HIPAA. No divulgaremos dicha información sin su autorización explícita, a menos que la ley lo exija.
- **Los registros de tratamiento por Trastornos por Uso de Sustancias (SUD)** están protegidos bajo 42 CFR Parte 2. Estos registros no pueden divulgarse sin su consentimiento por escrito, excepto cuando la ley lo permita.
- **Los registros relacionados con servicios de salud reproductiva** están sujetos a protecciones de privacidad reforzadas conforme a la Regla Final de HIPAA. No divulgaremos dicha información sin su autorización explícita, a menos que la ley lo exija.
- **Usted puede solicitar restricciones adicionales** sobre las divulgaciones relacionadas con servicios de salud reproductiva y de SUD.
- **Cumpliremos con las protecciones reforzadas de HIPAA** para la información de salud reproductiva y con los requisitos de 42 CFR Parte 2 para los registros de SUD.

Nuestras Responsabilidades

La ley nos exige proteger la privacidad y la seguridad de su información de salud, y le notificaremos de manera oportuna si ocurre una violación que pueda haberla comprometido. Debemos cumplir con los deberes y prácticas descritos en este aviso y proporcionarle una copia. No utilizaremos ni compartiremos su información más allá de lo descrito aquí, a menos que usted nos otorgue permiso por escrito, el cual puede revocar en cualquier momento notificándonoslo por escrito.

Cambios a los Términos de Este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y cualquier actualización se aplicará a toda la información que tengamos sobre usted. El aviso revisado estará disponible a solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Si tiene preguntas o necesita más información sobre este Aviso de Prácticas de Privacidad, comuníquese con el Oficial de Privacidad de Promise Healthcare al **217-600-7000 ext. 238**.

Carta de Derechos del Paciente

En Promise Healthcare trabajamos contigo para superar tus expectativas. Respetamos tus derechos al acceso a la atención médica, la equidad y la seguridad, y tu privacidad es nuestra prioridad.

Sus derechos, sus responsabilidades y nuestros compromisos con tu se enumeran a continuación.

Usted tiene derecho a:

- Recibir una atención respetuosa independientemente de su sexo, edad, raza, religión, color, origen nacional, orientación sexual o cualquier otra característica personal, incluyendo su principal fuente de pago, situación del seguro o capacidad de pago.
- Recibir un tratamiento considerado que atienda sus necesidades emocionales, espirituales y culturales.
- Ser informado completamente sobre los servicios disponibles en Promise Healthcare, incluyendo la atención fuera de horario y de emergencia, así como las tarifas de todos los servicios.
- Tenga la certeza de contar con una continuidad razonable en la atención médica y de tener un proveedor que gestione su atención.
- Solicite una segunda opinión cuando lo considere necesario.
- Conozca los nombres y cargos de las personas involucradas en su atención médica mediante una identificación oficial o una presentación personal.
- Tener acceso a una variedad de proveedores y a información sobre sus opciones. Si no está satisfecho con la atención recibida, puede cambiar de proveedor siguiendo nuestro procedimiento. Solicite ayuda con asistentes de recepción.
- Usted tiene derecho a recibir información de manera que pueda comprenderla, incluyendo servicios de intérprete gratuitos, servicios de lengua de señas, ayuda para la comunicación para personas con discapacidad o asistencia como una silla de ruedas.
- Usted tiene derecho a comprender su información de salud y a participar en las decisiones sobre su atención médica, incluyendo dar su consentimiento informado antes de cualquier procedimiento, según lo exige la ley de Illinois.
- Estar al tanto de cualquier resultado imprevisto.
- Participe plenamente en el proceso de toma de decisiones sobre su atención médica. Puede incluir a sus padres, tutores, familiares, pareja de hecho u otras personas que usted elija.
- Rechazar un tratamiento recomendado, en la medida en que lo permita la ley, y ser informado de los riesgos asociados y las posibles consecuencias de rechazar el tratamiento.
- Tenga la seguridad de que su historial médico se mantendrá confidencial. Para obtener más información sobre su derecho a la privacidad, consulte sus declaraciones de HIPAA y el Aviso de Privacidad.
- Solicita y recibe una explicación de cualquier cargo realizado por Promise Healthcare, incluso si está cubierto por el seguro.
- Completar un documento de Directiva Anticipada para decisiones al final de la vida. Informe a su equipo de atención médica si desea obtener más información sobre las instrucciones de Directiva Anticipada.
- Expresar cualquier queja o inquietud a través de nuestra línea directa de Compliatric: 1-888-MY COMPLY.

Como parte de nuestro contrato con usted, nos comprometemos a:

- Le brindarle un trato ético por parte de profesionales sanitarios atentos y cualificados.
- Proporcionarle servicios que están disponibles para usted cuando los necesite.
- Ofrecemos cobertura de emergencia y disponibilidad de proveedores las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando a nuestro número de oficina. Cuando la oficina esté cerrada, el proveedor podrá atenderle por teléfono.
- Siempre te tratará con honestidad y franqueza.
- Le proporcionaremos ayuda financiera según una escala de tarifas variables. Esta dependerá de sus ingresos.
- Le proporcionaremos una explicación confidencial y con detalle de su factura de servicios.
- Participar en medidas para garantizar siempre la seguridad del paciente.

Usted tiene la responsabilidad de:

- Llegar puntualmente a sus citas programadas y avisarnos si va a llegar tarde. En caso de retraso, no podemos garantizarle su cita. Llámenos con al menos 24 horas de anticipación si necesita cancelarla o reprogramarla.
- Avísenos con al menos 48 horas de anticipación cuando usted o un miembro de su familia necesiten medicamentos o una receta.
- Siga todas las normas y reglamentos publicados en Promise Healthcare.
- Dirigirse y comportarse con respeto con el personal de Promise Healthcare y los demás pacientes.
- Respete la privacidad y la confidencialidad de los demás pacientes.
- Apague sus teléfonos móviles en las áreas clínicas.
- Facilítenos toda la información necesaria para que podamos mantener un archivo preciso sobre usted. Esto incluye informar sobre cualquier cambio en su dirección, número de teléfono, estado de sus directivas anticipadas y, si fuera necesario, su situación financiera.
- Pague sus facturas al momento de recibir el servicio, incluyendo copagos y deducibles, o bien, acuerde un plan de pago si es necesario.
- Proporcione información honesta y completa sobre sus problemas de salud, su historial médico, los medicamentos que toma y cualquier cambio inesperado en su salud para que podamos brindarle la mejor atención posible.
- Facilítenos su historial médico si se lo solicitamos.
- Si no entiende alguna información o instrucción que le proporcionemos, haga preguntas.
- Desarrollar un plan de tratamiento con su equipo médico y seguirlo lo mejor que pueda. Sea sincero sobre lo que ha podido (o no) hacer durante las citas de seguimiento. Si no puede seguir el plan de tratamiento, haremos todo lo posible para ayudarlo a averiguar el motivo, modificar el plan o corregir el problema, si es posible.
- Supervisar a los niños bajo su cuidado en todo momento

AVISO IMPORTANTE: Hacer declaraciones o amenazas de violencia, que sean ofensivas, intimidatorias o de acoso, podría resultar en su expulsión de Promise Healthcare. Si se le expulsa de una de nuestras oficinas, se le expulsará de todas las instalaciones de Promise.