

PATIENT AGREEMENT FORM

Yo, _____, entiendo y acuerdo a:

Horario de citas:

- Llegar 20 minutos antes de la hora de su cita.
- Su proveedor médico tiene derecho a cancelar su cita si llega tarde. Hacemos nuestro mayor esfuerzo para mantenernos a tiempo, pero por favor sea paciente ya que algunos retrasos pueden estar fuera de nuestro control.

Iniciales del paciente: _____

Cancelaciones:

- **Cancelar o faltar a su cita nos dificulta ayudarlo a sentirse mejor.**
- Si no puede asistir a su cita, avise con 4 horas de anticipación llamando al (859) 288-2425.
- Si no se presenta 3 veces en un período de 3 meses, esto resultará en que solo podrá programar citas para el mismo día, excepto en caso de emergencia.
- Si continúa cancelando o faltando a citas sin previo aviso, su proveedor se reserva el derecho de suspender su atención.

Iniciales del paciente: _____

Interacción entre el paciente y el equipo de atención:

Nos comprometemos a brindar atención centrada en el paciente y familia para promover la curación, inclusión y el respeto mutuo

- El paciente informará al equipo de atención si esta recibiendo atención de otro profesional de la salud y revelará su historial médico y los medicamentos que está tomando actualmente.
- El paciente y el equipo de atención trabajaran juntos para proporcionar la mejor atención posible, manteniendo siempre cortesía y respeto.
- Los pacientes se abstendrán de comportamientos intimidantes, agresivos o irrespetuosos, incluido el uso de lenguaje abusivo, gritos, amenazas verbales o físicas y no dañar o robar propiedad.

Iniciales del paciente: _____

Recarga de Medicamentos/Formularios:

- Por favor, avise a nuestra oficina con 72 horas de antelación para cualquier resurtido de recetas o para completar formularios. Copia de (Exámenes físicos deportivos), etc.

Iniciales del paciente: _____

Solicitud de Expedientes Médicos:

- Por favor de darnos al menos dos semanas de anticipación al solicitar copias de expedientes médicos.
- Por ley, cada personal tiene derecho a una copia gratuita de sus expedientes. Copias adicionales pueden obtenerse por un costo de \$1 por página.
- Se requiere identificación con fotografía para obtener cualquier expediente.

Iniciales del paciente: _____

Expectativa de Pago:

- Ningún paciente será negado atención debido a la incapacidad de pagar. Los pacientes que verifiquen sus ingresos pueden calificar para costos reducidos. Si usted no esta dispuesto a pagar por los servicios, tenemos el derecho de interrumpir su atención.

Iniciales del Paciente: _____

He leído, comprendo y acepto cumplir con este acuerdo. También he revisado y acepto los términos de los derechos y responsabilidades del paciente, que detallan mis responsabilidades como paciente.

Firma del Paciente/Guardián: _____ **Fecha:** _____