



200 Nash Medical Arts Mall • Rocky Mount, North Carolina 27804

DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Revisado el 26/09/2022

- He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- De acuerdo con la Ley del Consumidor Telefónico, doy mi consentimiento para recibir llamadas telefónicas automáticas o mensajes de texto relacionados con recordatorios de citas.
- Entiendo que se utiliza SureScripts, un sistema que permite el intercambio de recetas e información relacionada entre mis proveedores y la farmacia. La información enviada entre estos sistemas puede incluir detalles de todos y cada uno de los medicamentos recetados que estoy tomando actualmente y/o he tomado en el pasado.
- Entiendo que el intercambio de información médica a través de la red de CommonWell está permitido según la regla de privacidad de la HIPAA, ya que se intercambia con fines de tratamiento permitidos.
- Presentaré la información de mi seguro actual en cada visita y haré todo lo posible para comprender los beneficios de mi plan de seguro, incluso hasta el punto de llamar al coordinador de beneficios en mi lugar de trabajo/asegurador. Notificaré a la práctica de cualquier cambio en mi plan de seguro mientras recibo servicios de maternidad. El no hacerlo puede resultar en la denegación del pago que me hace responsable.
- Entiendo que tendré acceso imparcial al tratamiento disponible y médicamente indicado, independientemente de la raza, credo, sexo, origen nacional, religión, orientación sexual, discapacidad o fuente de pago. Entiendo que Nash OB/GYN no discrimina a los pacientes según su situación económica o la fuente de pago de la atención, como Medicare/Medicaid. Hay servicios de traducción gratuitos disponibles.
- Entiendo que tengo derecho a una atención considerada y respetuosa, ya que me hagan sentir cómodo. Tengo derecho al respeto de mis valores, creencias y preferencias culturales, psicosociales, espirituales y personales. Soy responsable de ser considerado con los derechos de otros pacientes y del personal de la clínica. Esto incluye controlar el ruido y los visitantes. Tengo la responsabilidad de honrar el derecho de Nash OB/GYN de restringir el número de visitantes para los procedimientos y cumplir con las políticas de la práctica que prohíben el uso de tabaco, drogas ilícitas o alcohol en las instalaciones. Soy responsable de usar el teléfono y las luces con cortesía para no molestar a los demás. Así como yo deseo privacidad, un ambiente tranquilo y un trato cortés, también lo desean otros pacientes. Soy responsable de ser respetuoso con la propiedad de los demás y de la clínica. Entiendo que se espera que me vista de una manera que no discrimine ni moleste a otros pacientes y familias. Entiendo que cualquier comportamiento abusivo o irrespetuoso puede hacer que la práctica ejerza su política de terminación del paciente.
- Acepto tomar los medicamentos recetados solo según las indicaciones. Si no entiendo las instrucciones, llamaré a la oficina para que me aclaren.
- Se espera que siga el plan de tratamiento recomendado por los proveedores. Esto puede incluir seguir las instrucciones de las enfermeras y el personal de la oficina mientras ayudan en mi atención e implementan las órdenes de los proveedores.
- Tengo derecho a rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley. Tengo derecho a recibir respuestas razonables a cualquier solicitud de servicio.
- Soy responsable de asistir a las citas y de notificar a la oficina cuando no pueda hacerlo. Para cancelar o reprogramar una cita, llame al (252) 443-5941. Si no puedo asistir a una cita, se espera que notifique a la oficina con 24 horas de anticipación. Si no doy un aviso de 24 horas, mi cita perdida se documentará como "ausencia". La práctica puede ejercer su política de finalización del paciente después de 2 citas de "ausencia" de un paciente establecido. Los nuevos pacientes que "no se presenten" a su primera cita no serán reprogramados.
- Cooperaré con esta práctica para asegurar el pago puntual de los servicios que recibí, incluidos los servicios no cubiertos. También acepto y entiendo que soy responsable en última instancia por el pago de los servicios que recibo, incluidos los servicios no cubiertos. Acepto y comprendo que el pago vence en el momento en que se prestan los servicios. Si no pago mi factura de manera satisfactoria, la cuenta puede ser asignada a cobros. Cualquier cargo adicional (pago atrasado, cargos financieros), incluidos los honorarios razonables de abogados, será mi responsabilidad. Acepto pagar cualquier cargo aplicable por un cheque devuelto por mi banco por cualquier motivo. Entiendo que si tengo dos cheques devueltos, se revocará mi privilegio de pagar con cheque. Autorizo el pago de beneficios médicos a Nash OB-GYN Associates, P.A. por los servicios recibidos.
- Acepto notificar a la práctica de cualquier inquietud o queja que pueda tener sobre la atención y los servicios recibidos y no haré declaraciones falsas, inexactas o engañosas a terceros sobre la práctica, sus médicos o el personal.
- Acepto que esta oficina solo puede facturar un diagnóstico documentado en mi expediente médico. Por lo tanto, pedir que se cambie un diagnóstico con el fin de asegurar el pago de mi compañía de seguros puede resultar en un acto de fraude.
- Entiendo que no usaré mi teléfono celular/teléfono inteligente durante el horario de mi cita cuando el proveedor y/o el personal estén conmigo. Entiendo que no haré grabaciones de video o audio de los empleados o el personal de Nash OB/GYN sin su consentimiento explícito.

Firma de la Paciente o Responsable

Fecha