



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

DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Revisado el 28/1/2020

- He recibido el Aviso de prácticas de privacidad.
- De acuerdo con la Ley del Consumidor Telefónico, doy mi consentimiento para recibir llamadas telefónicas automatizadas 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 CommonWell está permitido bajo la Regla de Privacidad de 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 empleo / proveedor. Notificaré a la práctica de cualquier cambio en mi plan de seguro mientras reciba servicios de maternidad. El no hacerlo puede resultar en la negación del pago que me hace responsable.
- Entiendo que se me brindará acceso imparcial al tratamiento que esté disponible y médicamente indicado, sin importar raza, credo, sexo, nacionalidad, religión, orientación sexual, discapacidad o fuente de pago. Entiendo que Nash OB / GYN no discrimina a los pacientes en función de 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 recibir atención considerada y respetuosa, y a que me sienta 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 respetar el derecho de Nash OB / GYN de restringir el número de visitantes para los procedimientos y de 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 quiero privacidad, una atmósfera tranquila y un trato cortés, también lo quieren otros pacientes. Soy responsable de ser respetuoso con la propiedad de los demás y con la clínica. Entiendo que se espera que me vista de una manera que no sea discriminatoria ni moleste a otros pacientes y familias. Entiendo que cualquier comportamiento abusivo o irrespetuoso puede hacer que la práctica ejerza su política de terminación de pacientes.
- Acepto tomar los medicamentos recetados solo según las indicaciones. Si no entiendo las instrucciones, llamaré a la oficina para una aclaración.
- 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 me ayudan en mi atención e implementan las órdenes de los proveedores.
- Tengo derecho a rechazar el tratamiento en la medida que lo permita la ley. Tengo derecho a recibir respuestas razonables a cualquier solicitud de servicio.
- Soy responsable de cumplir con 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 con 24 horas de anticipación, mi cita perdida se documentará como "no presentación". La práctica puede ejercer su política de terminación de pacientes después de 3 citas de "no presentación".
- Cooperaré con esta práctica para asegurar el pago oportuno de los servicios que recibí, incluido el servicio no cubierto. También acepto y entiendo que soy responsable en última instancia del pago de los servicios que recibo, incluido el servicio no cubierto. Estoy de acuerdo y entiendo 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 abogado, será mi responsabilidad. Estoy de acuerdo en pagar cualquier cargo aplicable por un cheque que mi banco devuelva por cualquier motivo. Entiendo que si tengo dos cheques devueltos, mi privilegio de pagar con cheque será revocado. Autorizo el pago de beneficios médicos a Nash OB-GYN Associates, P.A. por los servicios recibidos.
- Acepto notificar a la Práctica sobre 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 personal.
- Acepto que esta oficina solo puede facturar un diagnóstico documentado en mi registro médico. Por lo tanto, pedir cambiar 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 esté conmigo. Entiendo que no haré grabaciones de video o audio de empleados o personal de OB / GYN de Nash sin su consentimiento explícito.

Firma del paciente o parte responsable

Fecha