

Hillcrest Baylor Scott and White
Hillcrest Pediatrics
ACUERDO DE PACIENTE

Yo comprendo que para el beneficio de mi tratamiento de salud que esta previsto a mi como paciente, yo soy responsable de participar en la determinación de los planes de mi cuidado medico y de seguir el tratamiento recomendado.

Responsabilidades de paciente:

- 1) Asistiendo a Citas como están programadas:
 - a) Yo voy a asistir a mis citas como estén programadas con el/los medico(s). Voy a asistir a mis citas con otros médicos especialistas, consultores o otros exámenes y procedimientos como se recomienda por los médicos de HFHC. Si yo llego tarde para una cita programada, tendré que esperar hasta que el medico este disponible para acomodar mi cita y la de los pacientes que lleguen a tiempo para sus citas o podría ser programada dependiendo de las razón de mi visita.
 - b) Si soy incapaz de mantener una cita de HFHC, voy a ofrecerle ala oficina del medico HFHC con aviso de por lo menos 4 horas antes de la cita. Si soy incapaz de mantener una cita con un especialista, un estudio o examen medico, o un procedimiento yo le avisare ala oficina de mi medico de HFHC. Si necesito cancelar una cita y el aviso es menos de 2 horas o no llego a una cita y no le aviso ala oficina seré considerado como "no se presento". Cualquier paciente que tenga 2 o mas citas que no se presento por año serán revisados para ser despedidos de la práctica.
- 2) Tomando la medicación:
 - a) Voy a tomar lo medicamentos prescritos por el medico(s) o notificare al medico o el consultorio si no puedo cumplir.
 - b) No voy a contactar a un medico no de HFHC para recetas medicas o recargas, a menos que sea para casos de emergencia o mutuamente acordado.
 - c) Voy a seguir las instrucciones / recomendaciones dadas por el medico (s) de HFHC,
- 3) Pago:
 - a) Soy responsable de todos los servicios, ya sea a través de terceros pagadores (compañía de seguros) o haciendo el pago de cualquier servicio no cubierto por mi póliza(s) de seguro. Los planes de pago se pueden organizar bajo ciertas circunstancias en las que acuerden mutuamente.
 - b) Si se debe un balance en mi cuenta, entiendo que no voy a ser capaz de programar una Cita de niño sano hasta que por lo menos se hago un pago parcial en la cuenta.
- 4) Comportamiento:
 - a) Seré considerado con los proveedores, el personal y los pacientes a través de la honestidad, la cooperación y el respeto.

Yo entiendo que mi firma indica que estoy de acuerdo con las responsabilidades de los pacientes previamente descritos.

Entiendo que si no cumplo con este acuerdo, puedo estar sujeto a la terminación de mi medico de Cabecera / relación paciente, así como los médicos de otras instalaciones de Hillcrest Family Health Center.

Firma del Paciente/Representante

Firma del Testigo

Fecha/Hora