



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

---

## DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

---

Revisado el 17/01/19

- He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- De acuerdo con la Ley de Consumidores Telefónicos, doy mi consentimiento para recibir llamadas telefónicas o mensajes de texto automatizados 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 cualquiera y todos los medicamentos recetados que estoy tomando o he tomado en el pasado.
- Entiendo que el intercambio de información de salud a través de la red de CommonWell está permitido según la Regla de privacidad de HIPAA, ya que se intercambia para fines de tratamiento permisibles.
- Presentaré la información actual de mi seguro en cada visita y haré todo lo posible por comprender los beneficios de mi plan de seguro, incluso en la medida en que llame al coordinador de beneficios de mi lugar de trabajo / asegurador. Notificaré a la práctica cualquier cambio en mi plan de seguro mientras recibo servicios de maternidad. De lo contrario, se puede denegar un pago que me hace responsable.
- Entiendo que se me brindará acceso imparcial al tratamiento que esté disponible y con indicación médica, independientemente de la raza, el credo, el sexo, el origen nacional, la religión, la orientación sexual, la discapacidad o la fuente de pago. Entiendo que el obstetra / ginecólogo de Nash no discrimina a los pacientes por su situación económica o la fuente de pago de la atención, como Medicare / Medicaid. Servicios de traducción gratuitos están disponibles.
- Entiendo que tengo derecho a un cuidado considerado y respetuoso, ya que me hagan sentir cómodo. Tengo derecho a respetar 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 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, un ambiente tranquilo y un trato cortés, también lo hacen otros pacientes. Soy responsable de ser respetuoso con la propiedad de otros y de la clínica. Entiendo que se espera que me vista de una manera que no sea discriminatoria ni molesta a otros pacientes y familiares. Entiendo que cualquier comportamiento abusivo o irrespetuoso puede hacer que la práctica ejerza su política de terminación de pacientes.
- Estoy de acuerdo en tomar los medicamentos recetados sólo según las indicaciones. Si no entiendo las instrucciones, llamaré a la oficina para aclaraciones.
- 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 asisten en mi atención e implementan los pedidos de los proveedores.
- Tengo derecho a rechazar el tratamiento en la medida en que lo permita la ley. Tengo derecho a 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 aviso con 24 horas de anticipación, mi cita perdida se documentará como un "no show". Si reprogramo una cita y luego no asisto a mi cita reprogramada, o reprograma la misma cita más de una vez, también tendré una visita documentada como "no show". La práctica puede ejercer su política de terminación de pacientes después de 3 citas de "no presentación".
- Cooperaré con esta práctica para asegurar un pago rápido por los servicios que recibí, incluido el servicio no cubierto. También estoy de acuerdo y entiendo que soy el responsable final 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 abogados, será mi responsabilidad. Estoy de acuerdo en pagar cualquier cargo aplicable por un cheque devuelto por mi banco 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 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.
- Estoy de acuerdo en 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 la hora de mi cita cuando el proveedor y / o el personal estén conmigo. Entiendo que no haré grabaciones de audio o video de los empleados o el personal de obstetricia / ginecología de Nash sin su consentimiento explícito.

---

Firma del paciente o parte responsable

---

Fecha