

FORMULARIO DE ACUERDO de nuestro compromiso compartido

Como su médico personal, mis responsabilidades son:

- Explicar las enfermedades, tratamientos y resultados de una manera sencilla.
- Escuchar sus opiniones y preguntas, lo que nos ayudará a tomar decisiones sobre su atención.
- Mantener la confidencialidad de sus tratamientos, conversaciones y expedientes.
- Proporcionar citas el mismo día, siempre que sea posible.
- Proporcionar instrucciones sobre cómo atender sus necesidades de atención médica cuando nuestro consultorio no esté abierto.
- Brindarle instrucciones claras sobre los medicamentos y otros tratamientos.
- Remitirlo a un especialista de confianza, si es necesario.
- Terminar cada visita cerciorándonos de que tenga instrucciones claras sobre las expectativas, los objetivos de tratamiento y planes futuros.
- Proporcionar citas de telesalud siempre que sea posible

Como nuestro paciente, sus responsabilidades son:

- Hacer preguntas, compartir sus opiniones y participar activamente en su atención.
- Ser honesto acerca de su historial, síntomas y otra información importante, incluidos los cambios en su salud y bienestar.
- Tomar todos sus medicamentos de acuerdo con las indicaciones. Informarnos siempre que exista un problema con el medicamento que toma.
- Tomar decisiones saludables sobre sus hábitos diarios y estilo de vida.
- Cumplir con sus citas programadas o reprogramar con antelación siempre que sea posible.
- Llamar a nuestro consultorio para informar sus preocupaciones de salud, a menos que sea una emergencia.
- Cerciorarse de abandonar nuestro consultorio con una comprensión clara de nuestras expectativas, objetivos de tratamiento y planes futuros.

He leído y entiendo mis responsabilidades como paciente de este consultorio. Entiendo que es imprescindible que yo cumpla con estas responsabilidades para que mi médico pueda proporcionarme una atención óptima.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

Como su médico personal, entiendo mis responsabilidades con respecto a usted como paciente de este consultorio. Haré todo lo que esté a mi alcance para brindarle la mejor atención posible.

Nombre del médico

Firma del médico

Fecha

Bienvenido a su hogar médico centrado en el paciente


Lakeland Regional **Health**[®]