

West Coast Fertility Centers

Derechos y Responsabilidades del Paciente

DERECHOS DEL/DE LA PACIENTE:

Respetamos los derechos de nuestros/as pacientes y reconocemos que cada persona es un individuo con necesidades diferentes. En la medida de lo posible, vamos a ofrecer:

1. Una atención equitativa, imparcial, respetuosa y considerada, por personal competente, en un ambiente seguro.
2. Un tratamiento sin discriminación por motivos de raza, edad, religión, género, orientación sexual, nacionalidad, capacidad de pago o enfermedad. A los/las pacientes se les proporciona la intimidad apropiada en relación con los expedientes médicos y las entrevistas, exámenes, tratamiento y consulta. Tenga la seguridad de que recibirá la intimidad física que se adecue a la atención médica. La información médica no será divulgada sin el consentimiento escrito del/ de la paciente.
3. La oportunidad de participar en las decisiones relacionadas con su atención médica.
4. Información completa y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico a usted o a su designado.
5. Un proceso de consentimiento informado para todos y cada uno de los tratamientos y procedimientos (con la excepción de la atención médica de emergencia). El proceso de consentimiento informado incluye una explicación del tratamiento o procedimiento; los tratamientos o procedimientos alternativos; la intención y las posibles complicaciones del tratamiento o procedimiento; y el resultado esperado.
6. Instrucciones de alta completas y adecuadas después del tratamiento para asegurar la continuidad de la atención.
7. Explicación del costo de las pruebas y el tratamiento y la explicación de su factura.
8. La oportunidad de expresar cualquier preocupación por escrito y recibir una respuesta adecuada.
9. La oportunidad, si lo desea, de formular instrucciones anticipadas y nombrar a otra persona para que tome decisiones de atención médica en la medida permitida por la ley.

RESPONSABILIDADES DEL/ DE LA PACIENTE:

El/la paciente potencial tiene ciertas responsabilidades para asegurarse de que estamos preparados para ofrecerle la atención que necesita.

1. Coopere con los médicos y los proveedores de salud. Todos/as los/las pacientes potenciales, hombres o mujeres, tratados en WCFC deben revelar cualquier condición médica actual o pasada, incluyendo el uso de medicamentos de venta con receta, drogas ilícitas o recreativas, tratamientos de rehabilitación, trastornos psiquiátricos, adicción a las drogas pasadas o presentes. Proporcione a nuestros médicos y personal un historial completo y honesto acerca de enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud. Por favor, sea veraz y preciso/a en toda información que nos proporcione.
2. Todas las personas que se someten a pruebas o tratamientos en WCFC deben presentar una identificación con fotografía, emitida por el gobierno actual, válida, que debe ser aceptable para el personal administrativo.
3. Todos/as los/las pacientes tienen que cumplir con las regulaciones reproductivas legales en California.
4. Todos/as los/las pacientes deben comportarse de una manera profesional, tratando al personal de WCFC con respeto y cortesía. WCFC se reserva el derecho de suspender el servicio a cualquier paciente proporcionando un aviso por adelantado de 30 días.
5. Se espera que llegue puntualmente a las citas o que notifique las cancelaciones oportunamente.
6. Por favor, sea paciente cuando una cita se retrase; tenga en cuenta que puede estar ocurriendo una emergencia.
7. Todas las obligaciones financieras se deben cumplir antes de poder iniciar cualquier tratamiento. Si no está seguro, pregunte.
8. Notifique a WCFC si hay algún problema o insatisfacción con la atención o los servicios.
9. Se les pide a los pacientes con niños que respeten los sentimientos de aquellos que están teniendo problemas de infertilidad. Por favor, lleven a cabo los arreglos necesarios para el cuidado de los niños en su hogar.
10. El tiempo de todos es valioso. Al cancelar una cita, requerimos 48 h de antelación para evitar un cargo de \$100.

Nombre

Firma

Fecha