Granville HEALTH SYSTEM

Consultorios médicos
Formulario de registro/consentimiento del paciente

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA DE PREFERENCIA

FARMACIA:	Número de teléfono:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: ESCRIBA CON CLARIDAD EN LETRA DE IMPRENTA

Apellido:		N.º de teléfono de casa	N.º de celular	N.º de teléfono del trabajo
Primer nombre:	Inicial del segundo nombre	Número de Seguro Social:	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento:
Línea 1 de la dirección:		Empleo: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Independiente ☐ Sin empleo ☐ Jubilado ☐ Militar		Estado civil: ☐ Soltero ☐ Separado ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado
Línea 2 de la dirección:				
Ciudad:	Calle: / Código postal:	Médico de atención primaria (PCP)		Nombre del consultorio/oficina:
Correo electrónico:				
Raza: ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái ☐ Blanco ☐ Otras isla del Pacífico ☐ Negro/afroamericano ☐ Indio/Nativo de Alaska ☐ Más de una raza		Origen étnico: ☐ Hispano ☐ No hispano ☐ Prefiero no contestar		Idioma de preferencia: ☐ Inglés ☐ Español Otro: _____
Método de preferencia para contactarle: ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico ☐ Portal de salud electrónico		Preferencia en cuanto al aprendizaje: ☐ Visual ☐ Voz ☐ Lectura		Mano dominante: ☐ Derecha ☐ Izquierda ☐ Ambas

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO: PRESENTE LA TARJETA DEL SEGURO EN LA RECEPCIÓN PARA ESCANEARLA

Estoy ☐ asegurado por una póliza a mi nombre (soy el suscriptor) Estoy ☐ asegurado por una póliza a nombre de otra persona (NO soy el suscriptor)	Nombre del suscriptor que aparece en la tarjeta (si no es usted)	Fecha de nacimiento del suscriptor:
Relación con el garante: ☐ Yo mismo ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otro	☐ **NO** tengo seguro y comprendo que puede ser necesario un pago por adelantado POR CUENTA PROPIA	Tengo ☐ Seguro PRIMARIO ☐ Seguro SECUNDARIO

CONTACTOS PARA CASOS DE EMERGENCIA

Contacto para casos de emergencia:	Relación con el paciente:	Dirección:	N.º de teléfono:
Contacto para casos de emergencia:	Relación con el paciente:	Dirección:	N.º de teléfono:

A mi leal saber y entender, la información que proporcioné más arriba es verdadera y exacta. Por este medio autorizo al (a los) proveedor(es) médico(s) o miembro(s) del personal de los consultorios para pacientes ambulatorios de Granville Health System a administrar cualquier tratamiento, ya sea médico o quirúrgico, que se considere necesario o aconsejable, para diagnosticar o tratar mi(s) afección(es). El proceso de diagnóstico/tratamiento puede requerir/incluir pruebas radiológicas o de laboratorio, la administración de anestesia local o la administración de medicamentos. Autorizo la divulgación de mi información de salud personal a mi(s) compañía(s) de seguros activa(s) con el único fin de determinar el pago por parte de dicha(s) compañía(s) por los servicios cubiertos que me haya brindado GHS. Autorizo y solicito el pago por parte de mi compañía de seguros, en mi nombre, a GHS por todos los servicios cubiertos que me haya brindado. Asimismo, comprendo y asumo plenamente total responsabilidad por cualquier saldo pendiente de pago por los servicios que se me hayan brindado. Además, autorizo a GHS, de conformidad con su acuerdo con Granville Health Inc., a aplicar cualquier cargo reembolsable a cuentas de paciente pendientes, ya sea con GHS o Granville Health Inc., por las cuales yo haya aceptado responsabilidad como garante. Reconozco que revisé y comprendo el Aviso de prácticas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés). Por el presente autorizo a GHS a utilizar mi número de teléfono móvil para comunicarse conmigo en relación con mi tratamiento, los servicios brindados o la programación a través de medios en directo o grabados. Al proporcionar información de contacto para casos de emergencia, usted le da su autorización al personal de GHS a notificar al contacto y avisarle únicamente de su ubicación, a menos que usted indique algo diferente. Los consultorios médicos de Granville NO divulgarán ni compartirán ningún tipo de información médica personal sin su consentimiento por separado.

_____ _____

Firma del paciente/tutor **Fecha de hoy**

Granville
HEALTH SYSTEM

Consultorios médicos Granville

Consentimiento para comunicación verbal y tratamiento médico

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Comunicación verbal:

Autorizo la divulgación de información para la comunicación verbal sobre mi atención médica, incluidos los horarios de las citas, a las siguientes personas:

Cónyuge: _____

Hijo(a): _____

Otro: _____

☐ Mi información de salud no debe divulgarse a nadie

Mensajes:

Llame al: _____ Si no puede localizarme:

☐ Puede dejar un mensaje detallado
☐ Deje un mensaje solicitando que le devuelva la llamada
☐ No deje ningún mensaje

_____ _____ _____

Firma Testigo Fecha

Menores:

Autorizo a los consultorios médicos Granville a darle tratamiento a mi hijo(a), _____, con fecha de nacimiento: _____, según sea necesario por razones médicas durante mi ausencia. También otorgo mi permiso para divulgar cualquier información médica recopilada en el transcurso del examen o tratamiento de mi hijo(a) a cualquier centro, incluidos otros médicos, laboratorios, hospitales o proveedores auxiliares a los que pueda ser necesario remitir a mi hijo(a). También autorizo la divulgación de información médica que se haya determinado en el transcurso del examen o tratamiento de mi hijo(a) y que sea necesaria para procesar las reclamaciones médicas presentadas a mi compañía de seguros.

_____ _____

Cuidador autorizado (en letra de imprenta) Relación

_____ _____

Cuidador autorizado (en letra de imprenta) Relación

_____ _____

Firma del padre/madre/tutor Fecha

Este consentimiento permanecerá vigente hasta que sea revocado por escrito.

Granville HEALTH SYSTEM

Llegada tardía y acuerdo de no presentación

En **Granville Specialty Practices**, nos esforzamos por ofrecer a cada paciente la atención de la más alta calidad y garantizar que nuestros proveedores se mantengan en el plazo previsto.

Expectativas de llegada

Se espera que los pacientes lleguen **20 minutos antes** de la hora programada para permitir tiempo suficiente para el registro y los preparativos previos a la visita.

Si un paciente llega menos de 20 minutos antes de la cita programada, puede ocurrir una de las siguientes situaciones:

- **Opción 1:** El paciente aún puede ser atendido si la agenda del profesional lo permite; sin embargo, la duración de la cita puede acortarse para evitar retrasos para pacientes posteriores.
- **Opción 2:** Si el horario del proveedor no puede acomodar la llegada tardía, el paciente puede tener que **reprogramar** la cita.

Comunicación

- Si sabe que llegará tarde, por favor **llame a nuestra oficina lo antes posible**. Haremos todo lo posible por ayudarte a reprogramar o ajustar tu cita si el horario lo permite.

Política de no presentarse

- Un paciente se considera **no presente** si no se presenta a su cita sin avisar previamente.
- Tras **tres (3) ausencias**, el paciente puede tener que **obtener una nueva derivación** para la especialidad en la que se produjeron las ausencias.
- Una vez acumuladas tres ausencias, se enviará una **carta de notificación** al paciente detallando los siguientes pasos y el proceso para futuras citas.

Agradecemos su comprensión y cooperación para ayudarnos a mantener un horario eficiente y proporcionar atención oportuna a todos los pacientes.

Gracias, Granville Specialty Practices

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha de recepción: _____

Información del paciente:

Granville Specialty Practices
102/103 Professional Park Dr.
Oxford, NC 27565

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Médico de atención primaria: _____
Número de teléfono: _____
¿Podría estar embarazada? ☐ SÍ/¿De cuántos meses? _____ ☐ NO
¿Tiene un testamento vital? ☐ SÍ ☐ NO
¿Tiene implantes metálicos? ☐ SÍ/¿Dónde? _____ ☐ NO
¿Se ha vacunado contra la gripe? ☐ SÍ ☐ NO

Historia clínica:

___ Sida
___ Rinitis alérgica
___ Alcoholismo
___ Asma
___ Anemia
___ Anorexia
___ Apendicitis
___ Artritis
___ Trastorno hemorrágico
___ Bultos en las mamas
___ Bronquitis
___ Cáncer: _____
___ Enfermedad tiroidea
___ EPOC
___ Cataratas
___ Dependencia química
___ Depresión
___ Diabetes
___ Dolor de oído
___ Enfisema
___ Fibromialgia
___ Glaucoma
___ Gota
___ ERGE
___ Pérdida auditiva
___ Insuficiencia renal
___ Enfermedad del corazón
___ Hepatitis
___ Hernia
___ Colesterol alto
___ Tensión arterial alta
___ VIH
___ Cálculos renales/ enfermedad renal
___ Úlceras en las piernas
___ Enfermedad del hígado
___ Soplo cardíaco
___ Migrañas
___ Esclerosis múltiple
___ Úlceras estomacales
___ Marcapasos/desfibrilador
___ Enfermedad del hígado
___ Neumonía
___ Problemas de próstata
___ Convulsiones
___ Enfermedad sinusal
___ Apnea del sueño
___ Faringitis estreptocócica
___ Accidente cerebrovascular
___ Transfusión
___ Tuberculosis
___ Atención psiquiátrica
___ Anemia falciforme

Otro: _____

Alergias/contraindicaciones: _____

_____

Antecedentes familiares (marque todas las opciones que correspondan a los miembros de su familia):

	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Padres de la madre	Padres del padre
Alergias						
Asma						
Trastorno hemorrágico						
Cáncer						
Fibrosis quística						
Diabetes						
Enfermedad del corazón						
Tensión arterial alta						
Enfermedad sinusal						
Accidente cerebrovascular						

Otro: _____

DETERMINANTES SOCIALES:

Describa su consumo actual de tabaco:

☐ Fumador, estado actual desconocido ☐ Fumador ocasional ☐ Fumador empedernido ☐ Fumador con hábito actual diario
☐ Fumador con hábito actual ocasional ☐ Exfumador ☐ Nunca fumé ☐ Desconozco si alguna vez fumé

¿Toma bebidas alcohólicas? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez ha consumido drogas ilegales? ☐ Sí ☐ No

Revisión de síntomas (marque los síntomas que tiene relacionados con la consulta de hoy):

Generales: ☐ **Normal**
- ❑ Escalofríos
- ❑ Fatiga
- ❑ Fiebre
- ❑ Náuseas
- ❑ Sudores nocturnos
- ❑ Aumento de peso
- ❑ Pérdida de peso

SOLO HOMBRES: ☐ **Normal**
- ❑ Dificultad de erección
- ❑ Secreción del pene
- ❑ Protuberancias testiculares
- ❑ Dolor testicular

Psiquiátricos: ☐ **Normal**
- ❑ Depresión
- ❑ Esquizofrenia
- ❑ Intento de suicidio

Urinarios: ☐ **Normal**
- ❑ Sangre en orina
- ❑ Micción frecuente
- ❑ Incontinencia
- ❑ Cálculos renales
- ❑ Dolor/ardor al orinar
- ❑ Pérdida de orina

De la piel: ☐ **Normal**
- ❑ Cambio en lunares
- ❑ Piel más seca
- ❑ Caída del cabello
- ❑ Urticaria
- ❑ Picor/sarpullido
- ❑ Llagas que no cicatrizan

Respiratorios: ☐ **Normal**
- ❑ Tos crónica
- ❑ Somnolencia excesiva
- ❑ Escupir sangre
- ❑ Ronquido
- ❑ Despertarse cansado
- ❑ Sibilancias

Cardiovasculares: ☐ **Normal**
- ❑ Dolor de pecho
- ❑ Soplo
- ❑ Palpitaciones
- ❑ Falta de aliento
- ❑ Hinchazón de tobillos

Gastrointestinales: ☐ **Normal**
- ❑ Dolor abdominal
- ❑ Hinchazón
- ❑ Cambio en los intestinos
- ❑ Cambios en las heces
- ❑ Estreñimiento
- ❑ Diarrea
- ❑ Indigestión
- ❑ Náuseas o vómitos
- ❑ Vómito con sangre
- ❑ Hemorragia rectal

De alergias ☐ **Normal**
- ❑ Fiebre del heno
- ❑ Fármacos inmunosupresores
- ❑ Terapia inmunológica

Cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta: ☐ **Normal**
- ❑ Encías sangrantes
- ❑ Sensación de ahogo
- ❑ Visión nublada
- ❑ Dificultad para tragar
- ❑ Mareo/vértigo
- ❑ Visión doble
- ❑ Ojos secos
- ❑ Boca seca
- ❑ Secreción del oído
- ❑ Dolor de oído
- ❑ Pérdida auditiva
- ❑ Ronquera
- ❑ Bultos en el cuello
- ❑ Llagas en la boca
- ❑ Sangrados nasales
- ❑ Úlceras en la boca
- ❑ Dolor al tragar
- ❑ Reflujo
- ❑ Zumbido de oídos
- ❑ Congestión sinusal
- ❑ Ronquido
- ❑ Dolor de garganta
- ❑ Vértigo
- ❑ Cambios en la vista

SOLO MUJERES: ☐ **Normal**
- ❑ Prueba de PAP anormal
- ❑ Sangrado entre períodos
- ❑ Masa mamaria
- ❑ Dolor menstrual extremo
- ❑ Períodos irregulares
- ❑ Secreción vaginal

Endocrinos: ☐ **Normal**
- ❑ Cambios en el tamaño de la mano
- ❑ Intolerancia al frío/ al calor
- ❑ Sed excesiva
- ❑ Hambre excesiva
- ❑ Cambios en el número de calzado

Neurológicos: ☐ **Normal**
- ❑ Mareos
- ❑ Desmayos
- ❑ Dolor de cabeza
- ❑ Pérdida de memoria
- ❑ Entumecimiento/ hormigueo
- ❑ Convulsiones
- ❑ Debilidad

Musculoesqueléticos: ☐ **Normal**
- ❑ Dolor de espalda
- ❑ Debilidad muscular
- ❑ Dolor articular
- ❑ Hinchazón articular

Enfermedades infantiles:
- ❑ Varicela
- ❑ Sarampión
- ❑ Paperas
- ❑ Mononucleosis
- ❑ Polio
- ❑ Fiebre reumática
- ❑ Escarlatina

Antecedentes quirúrgicos: **FECHA:**

Medicamentos: ¿ha traído una lista de sus medicamentos? Si su respuesta es "sí", entréguesela al enfermero. Si su respuesta es "no", menciónelos a continuación.

Enumere los médicos que lo atienden actualmente o que lo han atendido en el último año.

SOLO PACIENTES PEDIÁTRICOS:

¿Su hijo nació prematuro? ☐Sí ☐No Si su respuesta es "sí", ¿de cuántas semanas? _____

¿Cuál fue el peso de su hijo al nacer? _____

¿Su hijo ha necesitado alguna vez un tubo de respiración o un respirador? ☐Sí ☐No

¿Su hijo utiliza un monitor de apnea? ☐Sí ☐No

¿Las vacunas de su hijo están al día? ☐Sí ☐No

¿Tiene su hijo algún problema de salud congénito? ☐Sí ☐No

¿Tuvo su hijo algún problema durante el parto? (Enumere)

_____

_____

SOLO MUJERES:

Fecha de la última menstruación _____

Edad de inicio de la menstruación _____

¿Sigue teniendo períodos regulares? ☐Sí ☐No

Si su respuesta es "no", ¿cuántos años tenía cuando se detuvieron? _____

¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____

¿Cuántos hijos tiene? _____

¿Toma o ha tomado alguna vez píldoras anticonceptivas? ☐Sí ☐No

Si su respuesta es "sí", ¿durante cuánto tiempo? _____

¿Toma o ha tomado alguna vez tomado medicamentos de reemplazo hormonal? ☐Sí ☐No

Si su respuesta es "sí", ¿durante cuánto tiempo? _____

Fecha del último examen pélvico _____

Fecha de la última mamografía _____

¿Se hace un autoexamen de las mamas? ☐Sí ☐No

¿Tiene problemas menstruales? Descríbalos a continuación.

_____

_____

Auxiliar de enfermería: PA: ____/____ Peso (kg): _____ Altura (pulgadas): _____ Pulso: _____ TC: _____ FR: _____

Dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

1. Un paciente tiene derecho a recibir atención respetuosa por parte de personal competente.
2. Un paciente tiene derecho, previa solicitud, a que se le proporcione el nombre de su médico tratante, los nombres de todos los demás médicos que participan directamente en su atención, y los nombres y funciones de otras personas de atención médica que tienen contacto directo con el paciente.
3. Un paciente tiene derecho a todas las consideraciones sobre su privacidad con respecto a su propio programa de atención médica. El análisis, la consulta, el examen y el tratamiento del caso se consideran confidenciales y se realizarán con discreción.
4. Un paciente tiene derecho a que todos los registros relacionados con su atención médica se traten como confidenciales, salvo que la ley o los acuerdos contractuales de terceros dispongan lo contrario.
5. Un paciente tiene derecho a saber qué normas y regulaciones del centro se aplican a su conducta como paciente.
6. El paciente tiene derecho a esperar que los procedimientos de emergencia se implementen sin demoras innecesarias.
7. El paciente tiene derecho a atención de buena calidad y altos estándares profesionales que se mantengan y revisen continuamente.
8. El paciente tiene derecho a la información completa, en términos sencillos, sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluida la información sobre tratamientos alternativos y posibles complicaciones. Cuando no sea posible o médicamente recomendable proporcionar dicha información al paciente, la información se proporcionará en su nombre al delegado del paciente.
9. Excepto en casos de emergencia, el médico debe obtener el consentimiento informado necesario antes de iniciar cualquier procedimiento o tratamiento, o ambos.
10. Un paciente tiene derecho a ser informado cuando un médico está considerando al paciente como parte de un programa de investigación de atención médica o un programa de donantes. Se debe obtener el consentimiento informado antes de la participación real en dicho programa y el paciente o la parte legalmente responsable puede, en cualquier momento, negarse a continuar en cualquier programa para el que haya dado previamente su consentimiento informado. Una Junta de Revisión Institucional (IRB, por sus siglas en inglés) puede renunciar al requisito de consentimiento informado o alterarlo si revisa y aprueba un estudio de investigación de acuerdo con las regulaciones federales para la protección de sujetos humanos en la investigación, incluidas las regulaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés) en virtud de la Parte 46 de 45 CFR y las regulaciones de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) en virtud de las Partes 50 y 56 de 21 CFR. Para cualquier estudio de investigación propuesto para su realización en virtud de una "Excepción de los requisitos de consentimiento informado para investigación de emergencia" de la FDA o una "Exención de consentimiento de investigación de emergencia" del HHS en el que se renuncia al consentimiento informado, pero se requiere la consulta comunitaria y la divulgación pública sobre la investigación, cualquier centro que proponga participar en el estudio de investigación también debe verificar que el estudio de investigación propuesto se haya registrado en North Carolina Medical Care Commission. Cuando la IRB que revisa el estudio de investigación ha autorizado el inicio del proceso de consulta comunitaria requerido por las regulaciones federales para la investigación de emergencia, pero antes del comienzo de ese proceso, el centro deberá proporcionar un aviso del estudio de investigación propuesto a North Carolina Medical Care Commission.

    El aviso deberá incluir: * el título del estudio de investigación; *una descripción del estudio de investigación, incluida una descripción de la población que se inscribirá; *una descripción del proceso de consulta comunitaria planificado, incluidas las fechas y horas de reunión propuestas actualmente; *una explicación de la forma en que las personas que eligen no participar en el estudio de investigación pueden optar por no participar; e *información de contacto, incluida la dirección postal y el número de teléfono de la IRB y del investigador principal.

    Medical Care Commission puede publicar la totalidad o parte de la información anterior en North Carolina Register y puede requerir que la institución que propone la realización del estudio de investigación asista a una reunión pública convocada por un miembro de Medical Care Commission en la Comunidad donde se realizará el estudio de investigación propuesto para presentar y analizar el estudio o el proceso de consulta comunitaria propuestos.
11. Un paciente tiene derecho a rechazar cualquier medicamento, tratamiento o procedimiento ofrecido por el centro, en la medida permitida por la ley, y el médico deberá informar al paciente sobre su derecho a rechazar cualquier medicamento, tratamiento o procedimiento y sobre las consecuencias médicas del rechazo del paciente a cualquier medicamento, tratamiento o procedimiento.
12. Un paciente tiene derecho a recibir asistencia para obtener una consulta con otro médico a pedido y gasto del paciente.

Granville
HEALTH SYSTEM

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

13. Un paciente tiene derecho a recibir servicios médicos y de enfermería sin discriminación por motivos de raza, color, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género, origen nacional o fuente de pago.
14. Un paciente que no habla inglés o tiene problemas de audición deberá tener acceso, cuando sea posible, a un intérprete médico calificado (para un idioma extranjero o problemas de audición) sin costo alguno, cuando sea necesario y posible.
15. El centro deberá proporcionar a un paciente o al delegado de un paciente, previa solicitud, acceso a toda la información contenida en los registros médicos del paciente. El acceso de un paciente a los registros médicos puede estar restringido por el médico tratante del paciente. Si el médico restringe el acceso del paciente a la información en el registro médico del paciente, el médico deberá registrar las razones en el registro médico del paciente. El acceso solo deberá restringirse por razones médicas sólidas. El delegado de un paciente puede tener acceso a la información en los registros médicos del paciente incluso si el médico tratante restringe el acceso del paciente a esos registros.
16. Un paciente tiene derecho a que el personal del hospital no lo despierte a menos que sea médicamente necesario.
17. El paciente tiene derecho a estar libre de duplicaciones innecesarias de procedimientos médicos y de enfermería.
18. El paciente tiene derecho a recibir tratamiento médico y de enfermería que evite molestias físicas y mentales innecesarias.
19. Cuando sea médicamente permitido, un paciente puede ser trasladado a otro centro solo después de que él o sus familiares más cercanos u otro representante legalmente responsable hayan recibido la información completa y una explicación sobre las necesidades de alternativas a dicho traslado. El centro al cual se va a trasladar al paciente debe haber aceptado primero el traslado del paciente.
20. El paciente tiene derecho a examinar y recibir una explicación detallada de su factura.
21. El paciente tiene derecho a recibir información y asesoramiento completos sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su atención médica.
22. Un paciente tiene derecho a esperar que el centro proporcione un mecanismo mediante el cual se le informe al momento del alta de sus requisitos de atención médica continua después del alta y los medios para satisfacerlos.
23. No se le negará a un paciente el derecho de acceso a una persona o agencia que esté autorizada a actuar en su nombre para hacer valer o proteger los derechos establecidos en esta Sección.
24. Un paciente o, cuando corresponda, el representante de un paciente tiene derecho a ser informado sobre sus derechos lo antes posible durante su hospitalización.
25. El paciente y, cuando corresponda, el representante del paciente tiene derecho a que se aborden todas las inquietudes, quejas y reclamos. Compartir inquietudes, quejas y reclamos no comprometerá la atención, el tratamiento o los servicios de un paciente. Si el paciente tiene una inquietud, queja o reclamo, puede comunicarse con la enfermera, el gerente de enfermería, o llamar al Departamento de Calidad/Riesgo al 919-690-2147. Si los problemas del paciente no se abordan de manera satisfactoria mientras el paciente permanece hospitalizado, la investigación continuará. La intención es proporcionar al paciente una carta que describa los hallazgos de la investigación. El paciente tiene derecho a comunicarse directamente con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte (State Survey Agency) o la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

- Los pacientes y sus familias, cuando corresponda, son responsables de proporcionar información correcta y completa sobre quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
- Los pacientes y sus familias son responsables de hacer preguntas cuando no comprendan su atención, tratamiento y servicio o lo que se espera que hagan.
- Los pacientes y sus familias son responsables de seguir los planes de atención, tratamiento y servicio que han sido desarrollados por el equipo de atención médica y que han sido aceptados por el paciente.
- Los pacientes y sus familias son responsables de los resultados si no siguen el plan de atención, tratamiento y servicio.
- Los pacientes y sus familias son responsables de seguir las normas y regulaciones del hospital.
- Los pacientes y sus familias son responsables de ser considerados con el personal y la propiedad del hospital, así como con otros pacientes y su propiedad.
- Los pacientes y sus familias son responsables de cumplir con prontitud cualquier obligación financiera acordada con el hospital.

Granville
HEALTH SYSTEM