



Valley Urologic Associates

State of the Art with Compassion and Sensitivity

Portal del Paciente

Conectarte electrónicamente

En cuanto que se registre, tendrá acceso electrónico a nuestra práctica en cualquier momento y podrá:

- Acceda a sus registros médicos electrónicos
- Intercambie mensajes seguros con su proveedor/personal de atención médica
- Solicitar y gestionar sus citas en la oficina
- Solicitar renovaciones de medicamentos
- Preguntas sobre facturación/seguro

Estamos entusiasmados con nuestro portal de pacientes y esperamos que se registre y comience a aprovechar estas excelentes funciones!

Email: _____

¡Compruebe su correo electrónico para el registro del portal!

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Yo doy mi permiso al Valley Urologic Associates para dejar un detallado de mensajes de voz en caso de que la comunicación debe tener lugar conmigo.

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, por favor indique el número de teléfono que el mensaje de voz detallado se puede dejar.

Número de teléfono: _____

Método Preferido de Recordatorios de Citas:

<input type="checkbox"/> Texto	Numero Móvil: _____
<input type="checkbox"/> Correo Electrónico	Email: _____
<input type="checkbox"/> Mensaje de Voz	Numero: _____

A continuación tiene permiso para recibir información médica:

Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Firma del paciente o persona autorizada legalmente

Fecha

Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Los padres del niño están: Casados _____ Divorciados _____ Separados _____

Si los padres no viven juntos, con quien vive el niño? _____

Persona que tiene la custodia legal física? _____

¿Tiene papeleo legal? _____

COBERTURA DE EMERGENCIA

Los siguientes tienen mi permiso para **buscar tratamiento médico** para mi hijo:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Los siguientes **no tienen** permiso para **buscar tratamiento médico** para mi hijo:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Doy mi consentimiento para permitir Valle Asociados Urologic a revelar información protegida de salud a los contactos de emergencia arriba mencionadas.

Nombre escrito del consentimiento persona que consiente

Relación con el Paciente

Firma de la persona que consiente el consentimiento

Fecha



NEW PEDIATRIC HISTORY AND PHYSICAL

Date: _____
Name: _____
Date of Birth: _____
Age: _____
Primary care Doctor: _____

El Pasado Historial Médico Y Cirugías (Por Favor de llenar la forma completamente)

¿Su hijo tiene alguna alergia a los medicamentos conocida: No se conocen alergias a medicamentos

- Amoxicilina Sulfa Keflex/Cefazolina Tylenol #3 Ditropan/Oxybutinin Nitrofurantoin

Otras Alergias: _____

Por favor detalle la historia prenatal del niño:

Cuántos embarazos: _____ Nacidos vivos: _____ Peso al nacer: _____ Nació a las _____ semanas

Problemas durante el embarazo (madre): Ninguno

- Gestacional Diabetes Alta Presión Preeclampsia Hidronefrosis materna
 Ataque Cerebral Pielonefritis Hipertiroidismo Consumo de Drogas

Por favor, anote cualquier problema médico que haya sido tratado para su hijo: Ninguno

- Diabetes Alta Presión Cardiopatía congénita Neumonía/CF Asma
 Obstrucción UPJ ADD/Hiperactividad Undescended Testes Problemas suprarrenales Ataque Cerebral
 Reflujo Gástrico Reflujo vesicoureteral Espina Bífida Hipospadias UTI's
 Fracaso de prosperar Prenatal Hidronefrosis Hepatitis Cancer (Tipo _____)

Por favor de listar todas sus cirugías pasadas: Ninguna

- Apendectomía Amigdalectomía Cirugía craneal Torsión de Testis D I
 Ortopédico Reparación UPJ Posición de Hernia _____ Labio leporino y el paladar hendido
 Rinon D I Tubos auditivos Cirugía espinal Reparación de defectos cardíacos
 Circuncisión Resección Intestinal Reparación de hipospadias Reconstrucción urológica

Por favor, liste todos los medicamentos de su hijo: (Incluya el nombre, la dosis y cuántas veces al día): Ninguna

NEW PATIENT HISTORY AND PHYSICAL FORM

Por favor detalle la historia social de su hijo:

El niño vive: En casa Hogar de Acogida Facilidad _____

Niño vive con: Padre Madre Guardián/Relativo Hermanos/Cuántos _____

El niño asiste a la escuela: Sí No A qué hora llega el niño de la escuela _____

Cualquier problema médico familiar: _____

Por favor detalle el historial medico familiar: (cualquier enfermedad que sus padres, abuelos, o hermanos han tenido)

Reflujo vesicoureteral Obstrucción UPJ Cardiopatía congénita Hipospadias

La revisión de sistemas (por favor compruebe cualquier nuevo síntoma que usted recientemente ha tenido)

<p><u>Genitourinario</u></p> <p><input type="checkbox"/> Infecciones urinarias <input type="checkbox"/> con fiebre</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor al orinar</p> <p><input type="checkbox"/> Sangre en la urina</p> <p><input type="checkbox"/> Inodoro entrenado</p> <p><input type="checkbox"/> Urinación por la noche: Número de veces _____</p> <p><input type="checkbox"/> Enuresis nocturna</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinencia de orina durante el día</p> <p><u>Constitucional</u></p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre</p> <p><input type="checkbox"/> Escalofríos</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza</p> <p><u>Integumentary</u></p> <p><input type="checkbox"/> Salpudillo en la piel</p> <p><input type="checkbox"/> Abceso de la piel</p> <p><input type="checkbox"/> Comezón persistente</p> <p><u>Gastrointestinales</u></p> <p><input type="checkbox"/> Diarrea</p> <p><input type="checkbox"/> Náuseas, vómitos</p> <p><input type="checkbox"/> Estreñimiento</p>	<p><u>Musculoesqueléticos</u></p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de espalda/ cirugía</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno muscular</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno de la articulación</p> <p><u>Vista/Sonido</u></p> <p><input type="checkbox"/> Visión borrosa</p> <p><input type="checkbox"/> Glaucoma</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida de la audición/timbre</p> <p><u>Pulmonar</u></p> <p><input type="checkbox"/> Respira con dificultad</p> <p><input type="checkbox"/> Tos frecuente</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de aliento</p> <p><u>Endocrino</u></p> <p><input type="checkbox"/> Sed excesiva</p> <p><input type="checkbox"/> Caliente/frío</p> <p><input type="checkbox"/> Urinación excesiva</p> <p><u>Oído/nariz/garganta</u></p> <p><input type="checkbox"/> Infección en el oído</p> <p><input type="checkbox"/> Infección sinusal</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad para tragar</p>	<p><u>Circulatorio</u></p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de pecho</p> <p><input type="checkbox"/> Ceremonia azul</p> <p><input type="checkbox"/> Palpitaciones</p> <p><u>Neurológicos</u></p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje</p> <p><input type="checkbox"/> Ataques</p> <p><input type="checkbox"/> Cayendo mucho</p> <p><u>Hematológicas/Linfático</u></p> <p><input type="checkbox"/> Hinchazón de los ganglios linfáticos</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno de sangrado</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno de inmunodeficiencia humana (VIH)</p>
---	--	--

Farmacia Local Preferida:

Nombre: _____ Numero: (_____) _____ - _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Valley Urologic Associates *Financiera y Política de No Arribo*

Gracias por elegir Valley Urologic Associates como su proveedor de atención médica. En su visita inicial, los honorarios del médico **consulta oscila entre \$ 172.00 a \$ 425.00**. Esta tarifa no incluye ningún laboratorio, procedimientos, medicamentos y suministros médicos o gastos de rayos-x. En la visita inicial, el paciente es responsable de la cantidad co-pago/coseguro además de cualquier deducible. Si nuestra oficina no puede verificar los beneficios del seguro, el pago completo es debido cuando usted llega a su cita.

Si su compañía de seguros envía el pago directamente a usted, el pago total se debe en cada visita. En caso de ocurrir un pago en exceso de las cantidades deducibles o porcentaje cargadas, un reembolso será dado.

Si usted está esperando para la cobertura sea efectiva o no tiene seguro, el pago total se espera el día en que se ven. Para su comodidad, aceptamos VISA, MasterCard, Cheque o Efectivo.

Las cuentas morosas estará sujeto a la acción siguiente. Cuentas vencidas 90 días o más estarán sujetos a las colecciones. Todos los honorarios, incluyendo, pero no limitado a los honorarios de cobranza, honorarios de abogados y costos judiciales incurridos pasará a ser su responsabilidad, además del saldo adeudado a esta oficina.

Se requiere que un adulto (padre, madre o tutor legal) acompañar a un paciente menor de edad, sin la autorización previa y por escrito se le da a esta oficina. El adulto que acompaña al paciente menor de edad está obligado a pagar de acuerdo con nuestras políticas. No aceptamos asignaciones de terceros ni tampoco reconocer o cumplir los términos del divorcio.

Hay una tarifa de servicio de \$ 35 por cada cheque devuelto. Cheques sin fondos debe ser redimido con cheque certificado fondos de caja, giro postal, cheque certificado o de caja.

Las cancelaciones de citas / NO ARRIBO

Si cree que es necesario para cancelar su cita, le pedimos que nos avisará con tiempo suficiente para que podamos dejar que otro paciente tienen su cita. **Cancelaciones / No Arribos de procedimientos en el consultorio (vasectomía, cistoscopia, biopsia, urodinámica, caudal) pagan \$ 150 a menos que usted nos proporcione un aviso 48hr. No Arribos para citas de rutina se le cobrará una cuota de \$ 50.** Después de tres apariciones No Show, la práctica puede elegir terminar nuestra relación con usted. Además, su consentimiento para proceder con la cirugía requiere una cantidad sustancial de tiempo y esfuerzo por parte de nuestro personal y nuestros hospitales participantes. **Si tiene que cancelar por razones no médicas, solicitamos un aviso de una semana para que podamos dar cabida a otros pacientes. De lo contrario, se le cobrará una cuota de \$ 150.**

He leído y entendido la Política Financiera y acepta cumplir con los términos de la póliza.

Firma: _____ Fecha: _____



Acuse de Recibo del Aviso de Privacidad

El original se mantiene en el expediente médico permanente del paciente.

Reconozco que he recibido una copia de la Notificación de la Oficina de Prácticas de Privacidad.

Paciente o legalmente autorizado firma individuos

Fecha

Nombre Escrito

Relación (Yo, padre, tutor legal, representante personal, Etc.)



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de Privacidad" para ayudar a asegurar que la información de salud personal está protegida por la privacidad. La Regla de Privacidad también fue creado con el fin de proporcionar un estándar para ciertos proveedores de atención médica para obtener el consentimiento de sus pacientes para usos y divulgaciones de la información médica sobre el paciente para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Como nuestro paciente queremos que sepan que respetamos la privacidad de sus registros médicos personales y hará todo lo posible para asegurar y proteger esa privacidad. Nos esforzamos por tomar siempre precauciones responsables de proteger su privacidad. Cuando sea apropiado y necesario, le ofrecemos la información mínima necesaria para sólo aquellos que creemos están en necesidad de su información médica y la información acerca de las operaciones de tratamiento, pago o la salud, con el fin de proporcionar servicios de salud que está en su mejor interés.

También queremos que sepan que nosotros apoyamos su pleno acceso a sus archivos personales. Podemos tener relaciones indirectas de tratamiento con usted (por ejemplo, los laboratorios que sólo interactúan con los médicos y los pacientes no), y puede tener que revelar información personal de salud para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Estas entidades no son lo más a menudo obligados a obtener el consentimiento del paciente.

Usted puede negarse a dar su consentimiento para el uso o divulgación de su información de salud personal, pero esto debe hacerse por escrito. Bajo esta ley, tenemos el derecho de negarnos a tratar si decide negarse a revelar su información de salud personal (PHI). Si decide dar el consentimiento en este documento, en algún momento en el futuro, puede solicitar a rechazar todo o parte de su PHI. Usted no puede revocar las medidas que ya han sido adoptadas, que se basó en esto o un consentimiento firmado previamente.

Si usted tiene alguna objeción a esta forma, pide por favor para hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA.

Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso de privacidad, a solicitar restricciones y revocar su consentimiento por escrito, después de haber revisado nuestro aviso de privacidad.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

CUMPLIMIENTO DE NOTIFICACION DE GARANTIA PARA NUESTROS PACIENTES

A nuestros pacientes valorados:

El mal uso de la información de salud personal (PHI) ha sido identificado como un problema nacional que causa inconvenientes pacientes, agravación y dinero. Queremos que sepa que todos nuestros empleados, directivos y médicos una formación continua para que puedan entender y cumplir con las reglas y regulaciones del gobierno con respecto a la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), con especial énfasis en la "Regla de Privacidad". Nos esforzamos por alcanzar los más altos estándares de ética e integridad en el desempeño de los servicios para nuestros pacientes.

Es nuestra política para determinar correctamente el uso apropiado de la PHI de acuerdo con las reglas de gobierno, las leyes y los reglamentos. Queremos asegurarnos de que nuestra práctica no contribuye de ninguna manera al creciente problema de la divulgación indebida de PHI. Como parte de este plan, se ha implementado un Programa de Cumplimiento que creemos que nos ayudará a evitar cualquier uso indebido del PHI.

También sabemos que no somos perfectos! Debido a este hecho, nuestra política es escuchar a nuestros empleados y nuestros pacientes sin ningún pensamiento de penalización si sienten que un evento de ninguna manera pone en peligro nuestra política de integridad. Más aún, le invitamos a su información respecto a cualquier problema de servicio para que podamos remediar la situación con prontitud.

Gracias por ser uno de nuestros pacientes altamente valorados.

Este aviso describe cómo médico información sobre usted puede utilizarse y divulgarse y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor revise este aviso cuidadosamente.

Su expediente médico puede contener información personal sobre su salud. Esta información puede identificarlo a usted y se refieren a su pasado, condición de salud física o mental presente o futura y cuidado de la salud relacionados con los servicios y se llama información de salud protegida (PHI). Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su PHI con arreglo a la legislación aplicable. También describe sus derechos con respecto a cómo usted puede acceder y controlar su PHI. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la PHI y a proporcionarle con el aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI. Estamos obligados a acatar los términos de este aviso de prácticas de privacidad. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Cualquier nueva notificación de prácticas de privacidad será eficaz para todos PHI que mantenemos en ese momento. Le proporcionaremos una copia de la notificación revisada de prácticas de privacidad por publicar una copia en nuestro sitio web, enviarle una copia por correo a petición o proporcionar a usted en su próxima cita.

¿Cómo podemos usar y revelar información de salud sobre usted:

Para atención o tratamiento: su PHI puede usarse y divulgarse a aquellos que están involucrados en su atención con el fin de proporcionar, coordinar o administrar tus servicios. Esto incluye la consulta con los supervisores clínicos u otros miembros del equipo. Su autorización es necesaria para divulgar su PHI a cualquier otro proveedor de cuidado no actualmente involucrado en su cuidado. **Ejemplo:** *Si otro médico le refirió a nosotros, podemos contactar para discutir su atención médica. Además, si te remitimos a otro médico, podemos contactar para discutir su atención médica o nos pueden contactar.*

Para el pago: Su PHI puede usarse y divulgarse para cualquiera de las partes que intervienen en el pago por la asistencia o tratamiento. Si usted paga su atención o tratamiento completamente fuera del bolsillo sin ningún uso de ningún seguro, se puede restringir la divulgación de su PHI para el pago. **Ejemplo:** *Su pagador podrá exigir copias de su PHI en el transcurso de una solicitud médica, carta auditoría o revisión.*

Para las operaciones del negocio: Podemos utilizar o divulgar, según sea necesario, su PHI para apoyar nuestras actividades comerciales incluyendo, pero no limitado a, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, las licencias y llevando a cabo o arreglar para otras actividades empresariales. También podemos divulgar su PHI en el curso de proporcionarle recordatorios de la cita o dejando mensajes en su teléfono o en tu casa sobre preguntas o resultados de la prueba. **Ejemplo:** *Podemos compartir su PHI con terceros que realizan diversas actividades de negocios (por ejemplo, el Consejo de acreditación u otros organismos reguladores o licencias) siempre tenemos un contrato con la empresa que lo requiere para salvaguardar la privacidad de su PHI.*

Requerido por la ley: Bajo la ley, debemos dejar las divulgaciones de su PHI disponible a usted por su requerimiento. Además, debemos hacer revelaciones a la secretaria del Departamento de salud y servicios humanos con el fin de investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la regla de privacidad, si así se requiere.

Sin autorización: Ley aplicable y las normas éticas permiten revelar su información sin su autorización solamente en un número limitado de otras situaciones. Ejemplos de algunos de los tipos de usos y divulgaciones que pueden hacerse sin su autorización son aquellos que son:

- Se requiere por ley, tales como la notificación obligatoria de abuso infantil o negligencia o gobierno obligatorio Agencia auditorías o investigaciones (por ejemplo, el Departamento de salud)
- Requerido por orden judicial
- Sea necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público. Si se divulga información para prevenir o disminuir una amenaza seria se divulgarán a una persona o personas razonablemente capaces de prevenir o disminuir la amenaza, incluyendo el objetivo de la amenaza.

Permiso verbal: Podemos utilizar o divulgar su información a los familiares que están directamente involucradas en su recibo de servicios con su permiso verbal.

Con autorización: Usos y divulgaciones no expresamente permitidas por la ley se realizará solamente con su autorización por escrito, que puede ser revocado. Su explícita autorización es necesaria para liberar notas de psicoterapia y PHI para los propósitos de comunicación tratamiento marketing, subvencionados y para la venta de dicha información.

Sus derechos con respecto a su PHI

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la PHI que mantenemos sobre ti. Para ejercer cualquiera de estos derechos, por favor, envíe su solicitud por escrito a nuestro oficial de privacidad:

- **Derecho de acceso para inspeccionar y copiar.** Usted tiene el derecho, que puede estar restringido sólo en circunstancias excepcionales o con documentos publicados a nosotros, para inspeccionar y copiar la PHI que puede utilizarse para tomar decisiones sobre el servicio proporcionado.
- **Derecho a enmendar.** Si sientes que la PHI que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, usted puede pedirnos que enmendemos la información aunque no estamos obligados a aceptar la enmienda.
- **Derecho a una contabilidad de accesos.** Usted tiene el derecho de solicitar una contabilidad de algunas de las revelaciones que hacemos de su PHI. Podemos cargarle una cuota razonable si usted solicita más de una contabilidad en cualquier período de 12 meses.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en el uso o divulgación de su PHI para servicios, pago u operaciones de negocios. No estamos obligados a aceptar su petición.
- **Derecho a pedir comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos de la PHI de una manera específica (por ejemplo teléfono, correo electrónico, correo postal, etc.)
- **Derecho a una copia de este aviso.** Usted tiene el derecho a una copia de este aviso.

Sitio web privacidad

Cualquier información personal que usted nos proporciona con nuestro sitio web, incluyendo su dirección de correo electrónico, nunca será vendido o alquilado a terceros sin tu consentimiento expreso. Si usted nos proporciona cualquier información personal o de contacto para recibir algo de nosotros, podemos recopilar y almacenar datos personales. No automáticamente recopilamos su dirección de correo electrónico personal simplemente porque usted visita nuestro sitio. En algunos casos, nos podemos asociarnos con terceros para proporcionar servicios tales como boletines, encuestas para mejorar nuestros servicios, actualizaciones de salud o empresa, y en tal caso, debemos proporcionar su información de contacto a dichos terceros. Esta información, sin embargo, sólo se proporcionará a estos socios terceros específicamente para estas comunicaciones, y el tercero no utilizará su información por cualquier otro motivo. Mientras que podemos rastrear el volumen de visitantes en páginas específicas de nuestro sitio web y descargar la información de páginas específicas, estos números sólo se utilizan en conjunto y sin ninguna información personal. Esta información demográfica puede ser compartida con nuestros socios, pero no está vinculado a ninguna información personal que pueda identificarle o cualquier visitante de nuestro sitio.

Nuestro sitio puede contener enlaces a otros sitios web externos. No podemos responsabilizarnos por las políticas de privacidad o prácticas de estos sitios y le animamos a revisar las prácticas de privacidad de todos los sitios de internet que usted visita. Mientras nos esforzamos para asegurar que toda la información proporcionada en nuestro sitio web es correcta y exacta, no hacemos ninguna garantía, expresa o implícita, en cuanto a la exactitud, integridad o puntualidad, de la información disponible en nuestro sitio. No somos responsables a cualquier persona por cualquier pérdida, reclamación o daños causados en su totalidad o en parte, por la información proporcionada en nuestro sitio. Mediante el uso de nuestro sitio web, usted consiente a la recopilación y uso de información personal como se describe en este documento. Cualquier cambio a esta política de privacidad se hará público en este sitio para que sepas qué información recogemos y cómo la utilizamos.

Infracciones:

Se le notificará inmediatamente si recibimos información de que ha habido una violación que implica su PHI.

Reclamaciones:

Si usted cree que hemos violado sus derechos de privacidad, usted tiene el derecho de presentar una queja en escribir con nuestro oficial de privacidad de Valle urológicos Associates. Si usted tiene preguntas y desea información adicional, usted puede contactarnos en 13555 W. McDowell Rd., Suite 304, Goodyear, AZ 85395.

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Usted tiene el derecho de:

- Ser tratado con dignidad, respeto y consideración.
- No ser discriminado contra la base de raza, edad, género, origen nacional, religión, orientación sexual, discapacidad, estado civil o diagnóstico.
- Recibir privacidad en el tratamiento y cuidado de las necesidades personales
- Para recibir un tratamiento que apoye y respete su individualidad, Las opciones, fortalezas y habilidades
- No ser objeto de apropiación indebida de propiedad personal y privada por su proveedor o su personal
- Para revisar a petición escrita, su historial médico
- Cuidado seguro y no ser objeto de negligencia, explotación, coerción, manipulación, abuso (físico, sexual, emocional) o agresión sexual.
- Conocer la identidad de aquellos profesionales que te están tratando.
- Participar o hacer que su representante participe en el desarrollo de, o decisiones relativas a, tratamiento
- Para recibir una referencia a otro proveedor si nuestra clínica no puede proporcionar los servicios necesarios
- Rechazar o retirar el tratamiento en la medida permitida por la ley, incluyendo la investigación o el tratamiento experimental.
- Recibir explicación antes de cualquier transferencia de atención.
- Tener la ayuda de un familiar, representante u otra persona para comprender, proteger o ejercer sus derechos.
- presentar una queja con un gerente, el Departamento de Servicios de Salud o su proveedor sin represalias
- Entender por qué alguien está involucrado u observando la atención
- No ser restringido o aislado.
- Recibir, previa solicitud, información sobre el horario de tarifas, cargos, explicación de la factura, independientemente de la fuente de pago.
- Consentimiento a las fotografías antes de que se tome una, excepto para las fotos tomadas con fines identificativos / administrativos
- Tener una directiva avanzada sobre el tratamiento.
- Excepto en una emergencia, proporcionarle una alternativa a un medicamento psicotrópico o procedimientos quirúrgicos propuestos junto con cualquier riesgo asociado y posibles complicaciones del tratamiento propuesto.

Usted tiene la responsabilidad de:

- Proporcionar información precisa y completa sobre quejas presentes, historial médico de pasado, y otros asuntos relacionados con su salud.
- Haz saber si comprendes claramente el curso del tratamiento y lo que se espera de él/ella.
- Siga el plan de tratamiento establecido por su médico, incluyendo las instrucciones de las enfermeras y otros profesionales de la salud, mientras llevan a cabo las órdenes del médico.
- Mantenga las citas, notifique al Centro de Arizona para la Atención del Cáncer o a un médico cuando no pueda hacerlo.
- Aceptar la responsabilidad de sus acciones en caso de que rechace el tratamiento o no siga las órdenes del médico.
- Assure que las obligaciones financieras de su atención se cumplan tan pronto como sea posible.
- Seguir las políticas y procedimientos de AZCCC.
- Sea considerado de los derechos y la propiedad de otros pacientes y personal de la instalación.
- Notificar al personal de AZCCC la solicitud de servicios de intérprete.

Si tiene algún comentario o inquietud con respecto a los servicios proporcionados por Arizona Center for Cancer Care, comuníquese con nuestro Administrador del Sitio al (623) 935-5522 o escribanos al 14155 N. 83rd Avenue, Suite 127, Peoria AZ 85381. Si aún no está satisfecho o tiene más inquietudes, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de AZ.