



BETANCES HEALTH CENTER

Acuerdo entre el Paciente y el Proveedor

El Centro de Salud Betances (BHC) ha obtenido la distinción de convertirse en un **Centro y Hogar para el Cuidado de la Salud de los pacientes (PCMH)**. Es una asociación integrada entre el paciente y su proveedor de salud. BHC conduce un equipo de profesionales de la salud en sus prácticas médicas dedicadas a mejorar la salud general de los pacientes y a ayudarlos a alcanzar sus metas. El grupo de Salud está constituido por: Médicos Generales, Médicos especialistas, dietistas, enfermeras, Asistentes Médicos, Case Managers y otros dependiendo de las necesidades de los pacientes. BHC proveerá el grupo correcto de salud para el paciente.

Responsabilidad de los Pacientes/Padres/Guardianes:

- Informarnos acerca de su salud y enfermedades y cuáles son sus preocupaciones.
- Participar Activamente en planear su meta de salud y seguimiento médico. Informarnos si usted no le ha sido posible lograr su meta.
- Informarnos acerca de si ha tomado sus medicinas y preguntar por sus rellenos a tiempo. Preguntar por sus rellenos durante su visita médica; si no lo ha hecho de esa manera darle al personal 24 horas para completar su relleno.
- Busque Nuestro consejo antes de ver otro Medico u otro profesional de la salud y mantenernos informados de las recomendaciones que ellos hagan.
- Aprenda acerca de Buena Salud y Prevención para su familia, creemos que una familia sana, produce un paciente sano.
- Mantenga sus visitas programadas o vuelva a programarlas tan pronto le sea posible.
- Saber que Seguro de Salud usted tiene y que le cubre. Nosotros apreciamos y esperamos que los copagos sean pagados en el momento del servicio.

Responsabilidad de los Proveedores:

- Respetarlo a usted como una persona - Nosotros no lo Juzgaremos basado en raza, lugar de procedencia, religión, genero, edad, estado mental, impedimento físico u orientación sexual.
- Proveerle un servicio seguro y de calidad en el lenguaje seleccionado por el paciente.
- Respetar su privacidad – Su información médica no será compartida con nadie, a menos que usted nos de el permiso requerido por ley.
- Proveer 24 horas de acceso con su equipo de salud.
- Ayudarlo a establecer un plan y meta de salud que se ajuste a sus necesidades y discutir esas metas para mejorar su salud y así prevenir problemas de salud persistentes.
- Discutir los más apropiados exámenes y procedimientos que usted pueda necesitar.
- Coordinar su cuidado a través de otros profesionales de la salud a través de enlaces, acuerdos y referidos.
- Finalizar cada visita con un entendimiento claro de sus expectativas, tratamiento, metas y planes futuros.

Recordatorio Telefónico:

Como servicio a nuestros clientes, proveemos como cortesía recordatorio de citas; otras importantes llamadas pueden ser hechas usando mensajes pregrabados. Al colocar sus iniciales, usted está permitiendo recibir mensajes pregrabados de Betances. _____ (**iniciales para recibir mensajes pregrabados**)

Mensajes de Texto:

Habrá tiempo en que nosotros podríamos tener la capacidad para mandar Mensajes de texto. Al colocar sus iniciales, usted está permitiendo recibir Mensajes de texto en el teléfono celular que usted nos proporcionó _____. (**Iniciales para recibir Mensajes de texto**)

Tener en cuenta:

Si es necesario Asesoramiento clínico durante las horas de oficina o necesita hacer una cita, puedes llamar al teléfono 212-227-8401 o por correo electrónico a través del portal del paciente.

<https://mycw41.eclinicalweb.com/portal4540/jsp/100mp/login.jsp>

Cuando la Oficina está cerrada, tenemos un servicio de contestador que contactará al médico de servicios para resolver cualquier asunto médico, el cual no puedes esperar hasta las horas regulares enumeradas más abajo:

Horario Regular de Betances:		Horario Extendido:	
Lunes	8 am a 5 pm	Lunes	5 pm a 8 pm
Martes	8 am a 5 pm	Miércoles	5 pm a 8 pm
Miércoles	8 am a 5 pm		
Jueves	10 am a 5pm		
Viernes	8 am a 5 pm		

Vacunas/Inmunizaciones: (Escoja una de las de más abajo)

YO PERMITO recibir las vacunas/inmunizaciones de rutina para mí o para mi niño (a) durante o en futura visitas médica _____ (**iniciales**)

YO NO PERMITO recibir las vacunas/inmunizaciones de rutina para mí o para mi niño (a) durante o en futura visitas médica _____ (**iniciales**)

Consentimiento:

Yo, _____, estoy dando permiso al Centro Médico Betances para proveer ordinario y necesario examen médico, diagnóstico y administración de algún tratamiento terapéutico que el doctor pueda ordenar. Ordinario y necesario cuidado médico incluye tratamiento preventivo o profiláctico y examen de laboratorio; no incluye cirugía, anestesia, general u otros procedimientos extraordinarios para lo cual por ley es necesario un consentimiento separado.

Yo he leído este acuerdo, y me gustaría tener al Centro de Salud Betances como mi Centro y Hogar para mi cuidado médico. Yo haré lo mejor para acatar las declaraciones enumeradas arriba y comunicarle a mi proveedor cuando no pueda. Yo también entiendo que esto no es un contrato legal; pero intenta proveer un marco de referencia sobre el cual nosotros podemos construir una relación que me permitirá maximizar mi estado de salud en un ambiente confortable y acogedor.

Nombre del Paciente/ Guardián

Fecha de Nacimiento

Si es menor, Nombre del menor

Firma del Paciente/ Guardián

Fecha