

# 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.

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**<sup>®</sup>