



NORTHWEST ALLIED PHYSICIANS

Registro de Pacientes de Northwest Allied Physicians (MENORES)

Fecha de nacimiento: ___/___/___

Fecha de visita: ___/___/___

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

Primer Nombre del Paciente		Segundo Nombre del Paciente		Apellido del Paciente	
Género:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> HaM ¹ <input type="checkbox"/> MaH ²	# Seguro Social:			
Dirección (Arizona)		Apto./Espacio	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección (fuera del estado)		Apto./Espacio	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono principal			Teléfono secundario		

Información del seguro

¿Es el paciente el registrado con el titular de la póliza?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es NO, indique la relación al titular de la póliza:	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Otros
Nombre del titular (si es diferente del paciente)		Fecha de nacimiento del titular	
Persona legalmente responsable por el pago (si no es el paciente)	<input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro _____		
Nombre de la Parte Responsable		# Seguro Social	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad, Estado, Código Postal	Teléfono

Contacto de Emergencia

El contacto es: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Otro		
Nombre	Segundo Nombre	Apellidos
# de tel. del hogar	Celular	Otro # de teléfono

(Continúa al reverso)

¹ Hombre a mujer

² Mujer a hombre

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 (Letra de molde)

¿Quién lo refirió a Northwest Allied Physicians?

- Proveedor de Atención Médica Primario Anuncio Internet Familiar o amistad Feria de salud
 Otro proveedor (Nombre): _____ Hospital o Atención Urgente Seguro

Nombre del Proveedor de Servicios de Salud Primario del Paciente

Número de teléfono

--	--

¿Hay algún otro miembro familiar en este hogar con un proveedor de servicios de salud primario de Northwest Allied Physician?

Sí No

Si es sí, ¿desea que su información se combine en la Factura Familiar Combinada? Sí No

Idioma, raza y etnicidad

Si su idioma preferido no es inglés, podemos proporcionar un intérprete para sus visitas al médico. Informe al personal de la clínica si requiere los servicios de un intérprete durante su cita.

Estudios han revelado que antecedentes de raza y étnico puede afectar su riesgo a ciertas enfermedades. Al saber más sobre sus antecedentes, podemos tener una mejor idea sobre los riesgos de salud a los que está expuesto y mejor tratar sus necesidades médicas.

Idioma Preferido: (marque solo <u>uno</u>)		Raza: (marque solo <u>uno</u>)	Etnicidad: (marque solo <u>uno</u>)
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Nativo americano	<input type="checkbox"/> Centroamericano
<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Chino (todos)	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Cubano
<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Dominicano
<input type="checkbox"/> Griego	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino/Español
<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Chino:	<input type="checkbox"/> Latinoamericano
<input type="checkbox"/> Navajo	<input type="checkbox"/> Polaco	<input type="checkbox"/> Europeo	American/Latino, Latino
<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Tagalo	<input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Mexicano
<input type="checkbox"/> Ucranio	<input type="checkbox"/> Vietnamés	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino
<input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Otra raza	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño
			<input type="checkbox"/> Sudamericano
			<input type="checkbox"/> Español

Certifico que la información arriba es correcta y verdadera.

 Firma del paciente o representante legal

 Fecha



NORTHWEST ALLIED PHYSICIANS

Autorización Previa para Menores

Yo (nosotros) solicitamos esta Oficina y su personal a proveer servicios médicos a mi (nuestro(a) hijo(a) listado a continuación:

Nombre del niño (Letra de molde): _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de Parte responsable (Letra de molde): _____ Madre Padre Guardián legal

Nombre de Parte responsable (Letra de molde): _____ Madre Padre Guardián legal

La(s) siguiente(s) persona(s) puede(n) traer a mi (nuestro(a) hijo(a) a recibir tratamiento en mi (nuestra) ausencia, deberá ser mayor de 18 años de edad.

Nombre (Letra de molde): _____ Relación: _____

Nombre (Letra de molde): _____ Relación: _____

Doy permiso para que esta persona obtenga tratamiento (incluyendo cualquier tipo de procedimiento) y proveer consentimiento para tal tratamiento si intentos para comunicarse conmigo no se han logrado.

Doy permiso a esta persona a obtener tratamiento (incluyendo cualquier tipo de procedimiento) y proveer consentimiento para tal tratamiento sin necesidad que comunicarse conmigo.

Si existe alguna relación especial parental o de custodia (tales como custodia de uno solo de los padres, custodia legal / guardianes sin padres, etc.), explique en el espacio a continuación:

Documentación legal deberá presentarse a Northwest Allied Physicians para asistir con el cumplimiento.

Se REQUIERE firma para proceder con el tratamiento

Yo (nosotros) por este medio declare que yo (nosotros) tenemos custodia legal del menor arriba nombrado. Yo (nosotros) reconozco (reconocemos) que doy (damos) permiso a Northwest Allied Physicians a proveer servicios de salud a mi (nuestro(a) hijo(a). **Yo (nosotros) comprendo (comprendemos) que es mi (nuestra) responsabilidad notificar a Northwest Allied Physicians de cualquier cambio a los permisos otorgados en este documento.**

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha



NORTHWEST ALLIED PHYSICIANS

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha del servicio: _____

Método de comunicación preferido

Los reglamentos de privacidad de HIPPA le otorgan el derecho de solicitar una restricción del uso o divulgación de su información protegida de salud (PHI). Al firmar este document, usted acuerda, restringir o se opone a pover PH I a miembros familiares, amistades o cuidador. Sus preferencias indicadas en este documento se mantendrán en vigencia hasta que usted nos notifique de cualquier cambio.

Northwest Allied Physicians generalmente envía los resultados de laboratorio, radiología, pruebas o procedimientos a la dirección de correo de su hogar. A veces llamamos con los resultados o para hacer una cita para hablar sobre los mismos con su proveedor. Si llamamos, trataremos de comunicarnos con usted de acuerdo a lo que usted ha indicado en la segunda página de este documento.

Responsabilidad Financiera

Cada vez que usted viene a ver a su médico, le pediremos ver su identificación personal y prueba de seguro para que podamos facturar a su(s) compañía(s) de seguro(s) y cobrar la cantidad correcta.

Pago: Cualquier cantidad que debe tendrá que cobrarse cuando venga a ver a su proveedor.

Efectivo, cheques personales y tarjetas de crédito se aceptan como pago.

Si su banco devuelve su cheque a nuestra oficina sin pagar, se le cobrará \$35 por cargos sin fondo. Una agencia de colección se usará para recobrar cuentas delincuentes.

Seguro: Si su visita a nuestro proveedor no se cubre por cualquier motivo por su compañía de seguro, usted es responsable por pagar por la visita completa de acuerdo con nuestros precios programados.

Sin seguro: Si usted no tiene seguro, tendrá que pagar el costo complete de la visita cuando reciba el servicio. Un descuento de 30% se ofrece para pagos completos cuando venga a la visita.

Cancelaciones de citas: Deseamos asegurarnos que nuestros pacientes tiene acceso a sus proveedores cuando los necesitan, por lo tanto prestamos mucha atención a cómo programamos las citas. Si usted llega tarde a su cita, es posible que se le pida hacer otra cita otro día. Llame a nuestra oficina por lo menos 24 horas antes (no incluye los fines de semana) cuando necesita cambiar o cancelar una cita, **de lo contrario se le cobrará un cargo de \$27**. No presentarse a sus citas repetidamente puede tener como concecuencia la terminación de la relación entre usted y su proveedor de servicios médicos.

Preferencias de contacto

Indique a continuación los números de teléfono que usted autoriza a Northwest Allied Physicians para dejar mensajes o indique que usted no desea que dejemos mensajes en ninguno de números de teléfono de contacto.

Está bien dejar un mensaje con información de salud detallada en el siguiente número de Tel.:
()

Está bien dejar un mensaje con un número de teléfono para **solamente** nos devuelva la llamada.
()

NO dejen un mensaje en ninguno de los números de teléfono.

Si tenemos permiso para compartir su información con cualquier otra persona, en caso de que no podamos comunicarnos con usted por teléfono, llene el nombre y número de teléfono abajo:

- Está bien revelar **solamente** la información de los resultados de laboratorio, radiología, pruebas o procedimientos
- Está bien hablar y divulgar cualquier/toda información clínica

Nombre	Parentesco al Paciente	Número de Tel. de Contacto
Contacto #1		
Contacto #2		

He leído este documento, indicando mi método de comunicación preferido y estoy de acuerdo con los términos de responsabilidad financiera.

- Comprendo que es mi responsabilidad notificar a Northwest Allied Physicians de cualquier cambio a los permisos de comunicación que he proporcionado en este documento.
- Comprendo que soy responsable del pago a Northwest Allied Physicians y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas al respecto. Si se necesita más información para asegurar la cobertura de seguros, proporcionaré la misma de una manera exacta y a tiempo.

Paciente o Representante Legal – *En letra de molde*

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o representante legal

Fecha



ADM

Notice of Communication Accessibility Services

Our staff wants to communicate effectively with you and your family members. Please fill out this paper and return it to the check-in desk.

All of the communication accessibility aids and/or services that you need are **free of charge to you** by staff or contracted vendors.

Do you think you need any of the following aids and/or services?*	YES	NO
American Sign Language interpreter (must be requested at least 5 business days in advance of appointment)		
Foreign language		
Reading aloud of written materials		

*Please note that these services may only be necessary in certain situations.

I understand that this healthcare facility will not pay for any aids and/or services that I choose to provide *on my own*. I also understand that I can change my mind at any time and request that this healthcare facility provide aids and/or services at no charge to me.

X Primary Spoken Language: _____

Patient's preferred language for discussing healthcare: _____

Interpreter services are available during regular business hours.

Some Limited English Proficiency (LEP) persons may prefer or request to use a family member or friend as an interpreter. However, family members or friends of the LEP person will not be used as interpreters unless specifically requested by that individual and **after** the LEP person has understood that an offer of an interpreter at no charge to the person has been made. Such an offer and the response will be documented in the patient's medical record. If the LEP person chooses to use a family member or friend as an interpreter, issues of competency of interpretation, confidentiality, privacy, and conflict of interest will be considered. If the family member or friend is not competent or appropriate for any of these reasons, competent interpreter services using the applicable CyraCom services will be provided to the LEP person.

Children and other clients/patients will **not** be used to interpret, in order to ensure confidentiality of information and accurate communication.

This provider complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.

Call 1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 1-XXX-XXX-XXXX).

Este proveedor cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Llame al 1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 1-XXX-XXX-XXXX).

Kwe'é ats' íis baa áháyánígi éi Wááshindoon bibeehaz'áanii bíla'ashdla'ii nináhonííjdj ha'át'íida doo baq̄h doot'jį́da bíla'ashdla'ii lahgo át'éhígíí biniinaa, bikágí ánoolninígíí biniinaa, náánálahdée' kéyahdée' yigáálgíí biniinaa, binááhahígíí, baq̄h dahaz'ánígíí, éi doodago asdzání éi doodago hastjį́ nílínígíí biniinaa t'áá sahdii at'égo bina'anishígíí doo beehaz'ánígíí yik'eh hó'j dóo yidísin.

DÍI BAA AKÓNÍNÍZIN: Diné Bizaad bee yáníłt'igo, t'áá jíłk'e saad bee áká aná'álwo'jí ata hane', bee níká i'doolwoł. Kojj'hódíłniih 1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 1-XXX-XXX-XXXX).

X Patient/Family Member/Companion Signature	Date/Time
Signature of person, <i>if any</i> , who filled out this form on behalf of the patient, family member, or companion:	Date/Time
Witness	Date/Time

Notice of Communication Accessibility Services – AZ

1730-ADM-7610-AZ

03/15 (Rev. 08/16, 09/16, 11/16, 03/17, 04/17)

Page 1 of 1

Patient Label



NORTHWEST ALLIED PHYSICIANS

Formulario de Acceso al Portal para Pacientes Follow My Health

Follow My Health es una manera fácil de llenar sus recetas en línea, hacer preguntas al médico, y revisar sus medicamentos, informes de laboratorio y radiología, signos vitales, alergias, diagnosis y procedimientos.

¡Deseo inscribirme!

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Letra de molde)

E-mail: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma del paciente (Pacientes mayores de 16 años de edad): _____ Fecha: _____

Firma de padre/madre o guardián (para pacientes menores de 18 años): _____

Usted puede designar a un familiar, amistad o cuidador a obtener acceso a su información en el portal.
Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a obtener acceso al portal de pacientes de Northwest Allied Physicians:

Nombre: _____
(Letra de molde)

Nombre: _____
(Letra de molde)

Relación con el paciente: _____

Relación con el paciente: _____

E-mail: _____

E-mail: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____

Ciudad, Estado: _____

Código Postal: _____

Código Postal: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Firma de padre/madre o guardián: _____ Fecha: _____

Seleccione solamente **una** categoría a continuación:

_____ Acceso solo para solo lectura: permite que la persona vea la información el paciente.

_____ Acceso completo: permite que la persona vea la información del paciente además solicitar recetas y hacer preguntas al proveedor del paciente.

1. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO/PROMESA DE PAGO:

Por medio del presente, asigno y autorizo el pago directamente al centro médico, y a cualquier médico del centro, todos los beneficios del seguro, beneficios por enfermedad, beneficios por lesión con responsabilidad de un tercero, o lo recaudado de todas las demandas producto de la responsabilidad de un tercero, a cargo de cualquier parte, organización, etcétera, al paciente, salvo que la cuenta de este centro médico, visita ambulatoria o serie de visitas ambulatorias se paguen en su totalidad al momento del alta o al finalizar la serie de visitas ambulatorias. En caso de ser elegible para Medicare, solicito los servicios y beneficios de Medicare. También acepto que esta asignación no se retirará ni se anulará en ningún momento hasta que se pague la cuenta en su totalidad. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo que no cubra mi compañía de seguro.

Entiendo que estoy obligado a pagar la cuenta del centro médico de acuerdo con las tarifas regulares y los términos del centro médico. En caso de no realizar el pago cuando corresponda y que la cuenta se considere morosa o se transfiera a una agencia de cobro o a un abogado para su cobro, acepto pagar todos los honorarios de dicha agencia, los costos judiciales y los honorarios del abogado. También acepto que cualquier sobrepago del paciente o garante en una visita al centro médico se pueda aplicar directamente a cualquier cuenta morosa por la que yo o mi garante seamos legalmente responsables en el momento del cobro del sobrepago. Doy mi consentimiento para que el centro médico colabore con mi o mis compañías aseguradoras en mi nombre, apele en mi nombre cualquier negociación de reembolso, cobertura o pago por servicios o atención que se me hayan proporcionado.

2. CONSENTIMIENTO DE PACIENTES PARA RECETAS ELECTRÓNICAS

Me han informado y entiendo que las prácticas médicas y los consultorios pueden utilizar un sistema de recetas electrónicas que permite que las recetas y la información relacionada se envíen de forma electrónica entre mis proveedores y mi farmacia. Me han informado y entiendo que mis proveedores que utilizan el sistema de recetas electrónicas podrán enviar información sobre medicamentos que estoy tomando, incluso aquellos recetados por otros proveedores. Doy mi consentimiento para que los proveedores tengan acceso a mi información médica protegida.

Se me ha entregado el Aviso de Recetas Electrónicas.

3. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Conforme a lo estipulado por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, acuso recibo de la copia del Aviso de prácticas privadas del centro de salud. Por el presente, doy mi consentimiento a utilizar y revelar mi información médica protegida como se describe en el Aviso de prácticas privadas. Este documento incluirá toda mi información médica protegida, generada durante la hospitalización y el tratamiento ambulatorio en el centro médico, que incluye, sin limitaciones, tratamientos de enfermedades mentales, abuso de drogas y alcohol, enfermedades transmisibles, como VIH/SIDA, trastornos del desarrollo, análisis genéticos y otros tipos de tratamiento recibidos.

4. CONSENTIMIENTO GENERAL PARA PRUEBAS, TRATAMIENTOS Y SERVICIOS:

Se me informó sobre los procedimientos de tratamiento considerados necesarios para mí y que los tratamiento/procedimientos estarán dirigidos por un médico o un practicante avanzado independiente, según las leyes estatales, alcance de práctica, y licencia del personal médico.

Por el presente doy mi consentimiento para recibir servicios de salud virtual/telemedicina, dónde sea posible, como parte de mi tratamiento. Entiendo que los servicios de “salud virtual” o telemedicina incluyen la práctica de sistema de atención a la salud, diagnósticos, consultas, tratamientos, transferencia de información médica, y educación a través de audios interactivos, videos o transmisión de datos.

5. RECONOCIMIENTO DE DIRECTIVAS ANTICIPADAS:

La ley federal exige que se les proporcione a los pacientes información sobre sus derechos para tomar decisiones anticipadas de atención médica, que incluyen un testamento vital, un poder duradero para la atención médica o una designación de un sustituto para la toma de decisiones de atención médica.

Si ya ha completado alguno de estos documentos, informe a su médico y al centro médico.

Marque una opción:

- He firmado una directiva anticipada y he proporcionado una copia al centro médico.
- He firmado una directiva anticipada y me solicitaron que proporcione una copia al centro médico.
- He revisado la(s) directiva(s) archivadas en este centro médico y es/son mi(s) directiva(s) actual(es).
- No he firmado ninguna directiva anticipada. He recibido información sobre directivas anticipadas de este centro médico.
- No he firmado ninguna directiva anticipada, y no deseo recibir información sobre las directivas anticipadas de este centro médico.



NORTHWEST ALLIED PHYSICIANS

Reconocimiento del paciente

- Reconozco como paciente o representante del paciente que ya he firmado el Consentimiento de Tratamiento Médico de Northwest Allied Physicians, y que mi consentimiento firmado aplica a mi tratamiento de hoy en esta clínica.
- Reconozco que como paciente o representante del paciente que he recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente de Northwest Allied Physicians.

Firma del paciente (o firma del representante legal)

Si usted es el representante legal del paciente, indique su relación al paciente a continuación:

Padres Tutor legal Cónyuge Unión libre Otro

Si se utiliza uno, el nombre del intérprete,

Fecha

Firma del testigo

Fecha

FOR STAFF USE ONLY

Patient's Name: _____

(Please Print)

Patient's Date of Birth: _____

Date of Service: _____

Clinic Name: _____

If patient received copy of Rights and Responsibilities but is declining acknowledgement, a staff member must sign below:

Staff Signature

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Mientras que cuidamos a nuestros pacientes, siempre nos esforzamos en respetar la individualidad, la privacidad y otros derechos del paciente. Los pacientes pueden solicitar una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente en cualquier momento.

LOS PACIENTES TIENEN LOS SIGUIENTES DERECHOS:

1. No se puede discriminar a base de raza, nacionalidad, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil o diagnóstico.
2. Recibir tratamientos que apoyan y respetan la individualidad del paciente, sus opciones, sus fortalezas y sus habilidades.
3. Recibir privacidad durante su tratamiento y cuidado de sus necesidades personales.
4. Revisar, si se solicita por escrito, su propio registro médico.
5. Recibir un referido a otro proveedor o centro de salud si el médico no puede proveer los servicios de salud física o servicios de salud mental al paciente.



NORTHWEST ALLIED PHYSICIANS

6. Participar o que el representante del paciente participe en el desarrollo de o las decisiones relacionadas con el tratamiento del paciente.
7. Participar o rehusar participar en investigaciones o tratamiento experimental.
8. Recibir asistencia de parte de un familiar, representante u otro individuo de comprender, proteger o ejecutar los derechos del paciente.
9. Ser tratado con dignidad, respeto o consideración.
10. No es sujeto a: abuso, abuso sexual, agresión sexual, descuido, explotación, coerción, manipulación, restricción o aislamiento, represalias por presentar una queja con el Departamento de Salud o cualquier otra entidad, apropiación indebida de propiedad personal y privada por un empleado, voluntario o estudiante
11. Un paciente o representante del paciente:
 - a. Excepto en una emergencia consiente o rehúsa tratamiento
 - b. Puede rehusar o retirar su consentimiento a tratamiento antes que el tratamiento comience
 - c. Excepto en una emergencia es informado sobre alternativas a un fármaco sicotrópico o procedimiento quirúrgico sugeridos y riesgos relacionados y posibles complicaciones de un fármaco sicotrópico o procedimiento quirúrgico sugeridos
 - d. Es informado de lo siguiente;
 - i. Instrucciones del cuidado de la salud
 - ii. Proceso de quejas del paciente
 - e. Consentimiento a fotos del paciente antes que el paciente sea fotografiado, excepto si el paciente ha sido fotografiado cuando se registra al centro de salud para propósito de identificación y administración
 - f. Salvo disposición a lo contrario permitido bajo la ley, provee consentimiento escrito a la divulgación de información de;
 - i. Los registros médicos del paciente, o
 - ii. Los registros financieros del paciente.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:

1. **Provisión de información:** El paciente tiene la responsabilidad de proveer, a lo mejor de su entendimiento, información exacta y completa sobre sus quejas actuales, enfermedades anteriores, hospitalización, medicamentos, instrucciones por adelantado existentes, y otros asuntos relacionados con su salud. El paciente tiene la responsabilidad de reportar cambios a su condición y si claramente entienden las instrucciones.
2. **Rehusar tratamiento:** El paciente es responsable de las consecuencias de sus acciones si rehúsan tratamiento o no siguen las instrucciones médicas.
3. **Cargos por los servicios del médico:** El paciente es responsable por garantizar que las obligaciones financieras del cuidado de su salud se lleven a cabo sin demora.
4. **Reglas y reglamentos de los servicios del médico:** El paciente es responsable por seguir las reglas de la clínica relacionadas con el cuidado y la conducta del paciente.
5. **El respeto y la consideración:** El paciente es responsable por ser considerado de los derechos de otros pacientes y proveedores y el personal de la clínica.

DETALLES DE COSTO:

Una copia de los detalles de costo está disponible en la recepción.

QUERELLAS Y QUEJAS FORMALES:

Durante su visita, nos esforzamos en proveer el mejor cuidado posible. Si tiene cualquier inquietud, preguntas o quejas sobre nuestra atención o tratamientos, diríjase a su proveedor o al supervisor de casos. Si tiene alguna queja, deseamos resolverla lo más pronto posible. Si el problema no se ha resuelto, también puede presentar una queja directamente con el Dpto. de Servicios de Salud sin tener que primero presentar una queja interna comunicándose con:

Arizona Department of Health Services
150 N. 18th Avenue, Suite 450; Phoenix AZ 85007
Tel. (602) 364-3030, Fax (602) 792-0466

INSPECCIONES ESTATALES:

Como parte de nuestro compromiso de proveer cuidado de calidad, nuestra oficina ha sido evaluada por el Dpto. de Salud de Arizona. Un informe de inspección está disponible en la recepción.