



Formulario de acuerdo de comunicación

Estimado Paciente Valorado,

Gracias por elegir el equipo de médicos de Florida Digestive Health Specialists para participar en su atención médica.

Como participante en su atención médica, es su responsabilidad garantizar un método de comunicación claro y abierto desde nuestra oficina hasta usted. También es su responsabilidad asegurarse de que esta oficina siempre tiene una manera de ponerse en contacto con usted para comunicar los resultados de las pruebas y otros asuntos importantes relacionados con su atención médica.

Podemos recomendar/realizar estudios de diagnóstico que creemos que son importantes para su bienestar. Estos estudios son para diagnosticar sus dolencias, definir estrategias de tratamiento y mantener su salud. Al igual que con todos los estudios de diagnóstico, a veces, encontramos resultados que, si no se diagnostican o el diagnóstico se retrasa, pueden resultar en la muerte o una discapacidad grave. Algunos de estos estudios serán en el momento de un problema activo, y otras veces se recomendará para el futuro.

Intentamos contactar a cada paciente con los resultados de estudios de diagnóstico y recordatorios para problemas de seguimiento. En última instancia, si no tiene noticias de nosotros en un plazo de 14 días sobre los resultados de su examen; es su responsabilidad ponerse en contacto con nosotros.

Al iniciar a continuación y firmar esta carta, usted acepta lo siguiente:

(Por favor, inicialice cada línea)

1. Llame a nuestra oficina dos semanas después de cualquier estudio de diagnóstico, si no le hemos notificado los resultados. _____
2. Llame a nuestra oficina de nuevo, para cualquier problema, si no le devolvemos su llamada. _____
3. Notifique inmediatamente a nuestra oficina de un cambio de dirección y/o números de teléfono de contacto. _____
4. Mantenga un registro escrito de cuándo se programan sus estudios de diagnóstico y notifíquelo a nuestra oficina si no puede cumplir. _____
5. Mantenga un registro escrito de sus necesidades futuras de seguimiento, incluso si son diez años en el futuro. _____

Al firmar esta carta, usted acepta que las responsabilidades y obligaciones descritas en las líneas 1 a 5 son importantes para su salud futura y que cumplirá con estas obligaciones.

Gracias por confiar en nosotros con su cuidado.

Nombre del paciente en imprenta

Nombre del testigo en imprenta

firma del paciente

fecha de hoy

Firma del testigo

fecha de hoy