

Memorial Hermann Endoscopy Center North Freeway

De horas de oficina a 6:00am -2: 30 pm

Lunes a Viernes

---

DECLARACION DE RESPONSABILIDADES DE PACIENTE

---

1. Que se proporcione información precisa sobre el presente y pasado de enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos, alergias y estado de "NPO".
2. Voy a hacer todo lo posible para entender las implicaciones de mi procedimiento, incluyendo los riesgos de rechazar el tratamiento, y voy a pedir aclaraciones cuando sea necesario.
3. Seguiré todas las instrucciones de descarga y planes de tratamiento se prescriben por mi proveedor.
4. Será respetuosa de los derechos de otros pacientes y el personal.
5. Voy a ser respetuoso de la propiedad de los demás.
6. Inmediatamente informaré a mi médico de cambio en la condición o adversos.
7. Ofreceré un adulto responsable para el transporte de me inicio de la instalación.
8. Será responsable de asegurar que se cumplan las obligaciones financieras de mi atención de la salud como rápidamente como sea posible.
9. Voy a tener un adulto responsable conmigo para (24) veinticuatro horas después del procedimiento, tal como se prescribe por mi proveedor.
10. Sé que el centro North Houston GI cierra a las 2: 30 pm, para las necesidades de emergencia después de horas de oficina, se vaya a la sala de emergencias más cercano o llame al 911.

Entiendo cuáles son mis responsabilidades en el centro Memorial Hermann Endoscopy Center North Freeway y se cumple.

---

Firma de Paciente

---

Fecha

---

Firma De Testigo

---

Fecha