

**Ruthe B. Cowl Rehabilitation Center**

**Responsabilidades del Paciente**

**Por favor ayúdenos honrando sus responsabilidades como paciente:**

Yo, \_\_\_\_\_, acepto:

- 1. Reportar cambios de su condición a su terapeuta.** (Haga preguntas comprender la línea de acción contemplada y lo que es esperado de como un paciente).
- 2. Debe de seguir el plan para su cuidado recomendado por su doctor, terapeuta, y personal de terapia.** (Mantenga por favor sus citas de Re-evaluación como estos son necesarios para continuar con el tratamiento del paciente y debe ser aprobado cada 30 días por su médico)
- 3. Asegurar de pagar sus obligaciones financieras por cuidados de salud que se le brindo lo más pronto posible.**
- 4. Ser considerado con otros pacientes y personal de terapia siendo puntual con sus citas.** (Los pacientes que llegan 15 minutos tarde o más se les darán otra cita más tarde o en otro día que no interfieran con la cita de otros pacientes.
- 5. Aparezca en la fecha planificada.** (Si usted olvida cuando son sus citas, por favor llame al Centro y si el paciente pierde 3 citas, el paciente será dado de alta.)
- 6. Reportar o llamar por teléfono para cancelar cita o avisar que va a llegar tarde al departamento de terapia.** (El paciente debe avisar de cualquier cancelación con 24 horas de anticipación, si NO llama a cancelar habra un cobro de \$10.00)
- 7. Obedecer reglas de este establecimiento de terapia que afecte su cuidado.** (Esto incluye el uso de teléfonos celulares y/o aparatos reproductores de música durante las sesiones de terapia.)
- 8. Proveer información completa de su estado de salud, enfermedades anteriores, hospitalización, medicamentos, y otros intereses relacionados con su salud.** (El paciente debe facilitar información exacta y correcta en el momento de admisión y durante su tratamiento en el Centro.)
- 9. No se permite ningún tipo de armas, armas de fuego u objetos punzocortantes, (navajas o cuchillos) en este centro.**

\_\_\_\_\_  
**Directora Ejecutiva**

\_\_\_\_\_  
**Firma de el Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Testigo**