

**The Maternal-Fetal Medicine Division of RCSSD
SAN DIEGO PERINATAL CENTER**

USTED TIENE DERECHO A . . .

1. Mantener su privacidad y confidencialidad.
2. Ser tratado con dignidad y respeto.
3. Recibir explicaciones sobre las pruebas o procedimientos clínicos y cualquier pregunta que pueda tener.
4. Recibir educación y asesoramiento.
5. Revisar su historia clínica con un médico u otro profesional de la salud de nuestro personal.
6. El consentimiento a rechazar cualquier cuidado o tratamiento.
7. Participar en la elaboración de planes o decisiones sobre su atención durante el embarazo y parto.

USTED TAMBIÉN TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:

1. Ser honesto acerca de su historial médico y estilo de vida; dicha información puede afectar su salud o la de su bebé por nacer.
2. Asegúrese de entender lo que se le escuche.
3. Siga los consejos de salud y las instrucciones.
4. Respetar las políticas de nuestra práctica.
5. Reporte cualquier cambio en su salud.
6. Mantener las citas o cancelarlos en menos 24 horas de antelación.

LO QUE USTED NECESITA SABER SOBRE NUESTRA PRÁCTICA:

1. Con el fin de ofrecer el servicio más completo posible, necesitamos su permiso para obtener información, si es necesario, de la clínica, el médico y / o registros de los hospitales; también necesitamos su permiso para obtener información de seguimiento sobre su bebé.
2. Nuestra práctica tiene tanto hombres como mujeres médicos.
3. Los médicos tratan y alivian a nuestros pacientes sólo en el hospital Sharp Mary Birch para mujeres y recién nacidos.
4. Un médico (con un horario rotativo) se le asigna en la llamada para los pacientes que son atendidos en el hospital cada día, y su atención hospitalaria (incluyendo su parto) será proporcionado por el médico en la convocatoria de la División de Medicina Materno-Fetal RCSSD
5. Va a tener citas durante el embarazo con todos los médicos de la División de Medicina Materna Fetal de RCSSD.

Es nuestro objetivo de ayudarlo en todo lo adecuada posible durante su embarazo. Por favor, hablemos y háganos saber como mejor le podemos servir al traer sus preocupaciones a nuestra atención.

He leído y entendido todo lo anterior.

Imprimir Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____