



## El Compromiso del Paciente

Project Access-New Haven está comprometido a servir las necesidades de sus pacientes. Sin embargo, como todos los servicios son donados, no podemos garantizar acceso a todos los especialistas, y/o servicios auxiliares necesitados.

### COMO PACIENTE DE PA-NH, USTED ACEPTA LAS SIGUIENTES RESPONSABILIDADES:

#### CITAS – (DOCTOR) ESPECIALISTA Y/O OTROS SERVICIOS (AUXILIARES)

❖ Mantendrá todas las citas programadas o hechas por el programa de PA-NH, incluyendo citas con especialistas y auxiliares.

❖ Si usted no puede ir a una cita, usted debe llamar a PA-NH con un mínimo de 24 horas de anticipación. Si usted cancela, cambia o pierde DOS citas en 12 meses, usted será descalificado del programa y ya no recibirá ayuda médica gratuita a través de nuestro programa.

❖ NOTE: El paciente es responsable por cualquier gasto por citas perdidas.

❖ Seguirá el plan de tratamiento recomendado por los médicos (por ejemplo: llenara las recetas y tomara los medicamentos como son dirigido por su doctor, y seguirá la dieta, y ejercicio). Si usted no puede pagar por sus medicamentos, por favor comuníquese con PA-NH para hablar acerca de otros recursos.

❖ Obtendrá un referido de su médico para utilizar otros servicios (auxiliares) presentados por PA-NH (por ejemplo: radiografías, análisis de sangre, tratamientos para otras condiciones que no son relacionadas a su actual referido).  
NOTE: Las citas con especialistas y servicios auxiliares que estén relacionados al referido que fue aprobado por PA-NH serán cubiertos).

❖ Notificará a Project Access ANTES de que vaya a cualquier cita o examen que fue recomendado por su proveedor de salud, para asegurarse que será cubierto por PA-NH (las citas hechas por PA-NH están cubiertas).

❖ Presentara su tarjeta de identificación de PA-NH cada vez que vaya a una cita hecha por PA-NH.

#### COMUNICACIÓN – NAVEGADOR DE PACIENTES Y DOCTOR

❖ Comunicación directa es requerida para confirmar las citas. Si usted no puede confirmar la cita dentro de las 24 horas antes de la cita, la cita será cancelada.

❖ Proveerá inmediatamente cualquier información solicitada por el personal de PA-NH.

❖ Contactará a PA-NH **inmediatamente** con cualquier cambio en su dirección, número de teléfono o ingreso.

❖ Informará a PA-NH si es que visita la sala de emergencias.

❖ Participara en nuestras encuestas de salud (inicial y de seguimiento).

❖ Puede que se le pregunte a usted, o un miembro de la familia, por un testimonio. Esto no es requerido, pero es de gran ayuda para nuestra organización.

#### SEGURO MÉDICO (DEL ESTADO O PRIVADO)

❖ Contactará (informará) **inmediatamente** a PA-NH si el ingreso de su hogar cambia, o si es aceptado/a para el seguro médico por Medicare, Medicaid, o cualquier tipo de seguro médico o beneficios.

❖ Si es elegible para Medicaid, será requerido a que aplique.

❖ Tendrá que presentar la carta de negación de parte de Medicare/Medicad, si es elegible.

Project Access está comprometido a ayudarlo/a con sus necesidades; sin embargo los servicios que ofrecemos son donados por médicos voluntarios y otros proveedores de salud y puede que tenga que esperar un tiempo hasta conseguir una cita. Además, es posible que no podamos dar todos los servicios completos en cada área, porque ellos no son donados.

Yo testifico que entendí y estoy de acuerdo con las pautas mencionadas arriba, y estoy de acuerdo en seguirlas; he recibido mi tarjeta de identificación de PA-NH.

Escriba Su Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Revised 3/5/2018 A-8b