



Reglamento para pacientes y familiares.

El Sr.(a) Jose Armando Galvez Familiar responsable del paciente  
Norma Galindo Tzilli con domicilio en: Calle Bolivia  
 Col. \_\_\_\_\_ Localidad Xalapa Tel. \_\_\_\_\_

ME COMPROMETO A CUMPLIR CON EL SIGUIENTE REGLAMENTO, DURANTE TIEMPO QUE SEA ATENDIDO DE MI PACIENTE:

1. Durante las Consultas médicas y/o de hospitalización presentaré identificación con foto oficial del paciente y familiar, así como la Póliza de Seguro Popular las veces necesarias.
2. Estaré al pendiente de mi paciente para atender todo lo referente a su estado de salud, necesidades de medicamentos y materiales de curación para su tratamiento.
3. Acepto que mi paciente no debe traer objetos de valor como son: Celular, joyas o dinero, tarjetas bancarias etc., ya que el personal del hospital no se hace responsable en la pérdida de algún objeto personal dentro de la Unidad.
4. No debo introducir alimentos ni bebidas durante la estancia hospitalaria.
5. Tanto el paciente y familiar **evitaremos traer objetos de gran tamaño** (maletas, Bultos, etc.), pues no existe en el hospital un lugar para resguardo de pertenencias, además recibiré la ropa y pertenencias personales de mi paciente al momento del ingreso.
6. **NO debo traer niños** menores de 18 años a ninguna de las salas para evitar transmisión de enfermedades.
7. Cuando mi paciente este programado para cirugía debo traer cuando menos una Unidad de sangre o las que solicite su médico tratante para su atención hospitalaria; si no cuento con dichas unidades de Sangre acepto suspenderse el evento quirúrgico.
8. Acepto el traslado de mi paciente a otra Unidad médica cuando se requiera algún estudio o tratamiento especializado que no haya en este hospital.
9. Evitaré usar las salas de espera como comedor o dormitorio durante la atención en la Consulta Externa y de Hospitalización, en caso de hacerlo recibiré un requerimiento por parte del departamento jurídico del Hospital.
10. En mi calidad de familiar responsable me comprometo a pagar el costo de las consultas médicas estudios de radiodiagnóstico como paciente externo y los insumos, medicamentos etc., que haya recibido durante su tratamiento hospitalario de acuerdo al resultado del estudio socioeconómico.
11. Cuando el paciente manifiesta no tener ningún familiar que le acompañe deberé firmar como responsable en cuyo caso excluirá de toda responsabilidad al personal del hospital.
12. En pacientes foráneos durante la atención medica en las salas de hospitalización y citas en la Consulta externa podre hacer uso del albergue, con la aportación de la cuota de recuperación correspondiente.
13. En hospitalización una vez tramitado el pase permanente, respetaré los horarios para cambio de familiar, informe de pacientes, horarios para visita, presentando identificación oficial.

| Visitas en sala general (Cir., M-I, Ped., G y O.,)                  | Cambios de Familiar  | Informes y visitas en<br>UTIN, UCIN, NEONATOS (SOLOS PAPAS)   |
|---|--|---|
| 16 a 18 hrs. Lunes a viernes.                                       | 8 a 9 hrs. Lunes a Viernes                                   | Lunes a Viernes 11:30 hrs., y 19:00 hrs.                      |
| 10 a 12 hrs. y de 16 a 18 Hrs.<br>sábados, domingos y días festivos | 13 a 14 hrs. Lunes a Viernes<br>20 a 21 hrs. Lunes a Viernes | sábados y domingos y días festivos<br>11:30 hrs. y 17:00 hrs. |

1. Solo el médico tratante está autorizado para informarle el estado de salud de paciente y la información general la recibirá por parte del personal del hospital de acuerdo a su competencia.
2. Recibiré un trato digno y respetuoso por parte del personal del hospital
3. Una vez tramitado el pase permanente podrá permanecer con su paciente, en Ginecología solo mujeres (excepto en la Unidad de Quemados Adultos de acuerdo a necesidad) y en UCIN. UTIN, NEONATOS solo visitas.
4. Recibiré orientación sobre higiene para mí y mi paciente a fin de evitar complicaciones o infecciones adicionales.
5. Puede pasar sandalias, peine, toalla, papel de baño, jabón, cepillo y pasta dental en una bolsa trasparente.

apa, Enríquez, Ver. a 21 de Enero de 2019

| Familiar responsable                               | Paciente                             | Informó y entregó Trab. Social.      |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <u>Jose Armando Galvez Gomez</u><br>Nombre y firma | <u>[Signature]</u><br>Nombre y firma | <u>[Signature]</u><br>Nombre y firma |