

Pautas Generales

-Somos un espacio libre de humo, por lo tanto, no se admite fumar en las instalaciones de nuestras sedes.

-Es deber de todo usuario que visite o haga uso de las instalaciones, cuidar y hacer uso racional de los recursos, instalaciones, dotación y servicios de la institución.

-Por favor cuide sus objetos personales (celulares, billeteras, joyas, prótesis dentales, entre otros) ya que no nos hacemos responsables por su pérdida.

-El ingreso de menores de 12 años a las áreas de hospitalización y cirugía no está permitido debido a los riesgos en salud que representa para ellos ingresar a una institución hospitalaria. En caso de que su ingreso sea necesario, éste se hará sólo con autorización médica.

-Una vez se encuentre en la habitación que le ha sido asignada para su hospitalización, todos los artículos están bajo su cuidado. El daño de alguno de ellos, dará lugar a cobro por parte de la Institución al momento de su salida.

-Si usted no está afiliado a ningún tipo de seguridad social, la cuenta de los servicios se generará como particular, por lo que deberá pagar la totalidad de la atención.

-Por su seguridad, los maletines y paquetes que entran y salen de nuestras sedes deben ser revisados por el personal de vigilancia.

-En caso de emergencia, conserve la calma, quédese en el sitio donde está y espere instrucciones del brigadista o líder de evacuación. Nosotros lo llevaremos a un lugar seguro. En caso de humo desplácese agachado, vaya hasta el sitio de reunión (punto de encuentro) y espere instrucciones.

-Si detecta situaciones anormales o de agresión que pongan en riesgo su seguridad, por favor infórmelo de inmediato al equipo asistencial (enfermeras y médicos) o póngase en contacto con la oficina de atención al usuario.

-Al recibir la orden de salida, le haremos entrega de la orden de salida, fórmulas médicas, incapacidad, resumen de historia clínica y de las recomendaciones que debe seguir en casa. Desde el momento que se de orden de egreso, cuenta con una hora para entregar la habitación.

-Es necesario que la familia o el paciente designen a una persona para que reciba la información respecto a la salud del paciente y la transmitan al resto de familiares.

-Tenga en cuenta que por cuestiones de seguridad y con el fin de proteger la intimidad del paciente, no damos información vía telefónica, redes sociales ni por fuera del servicio en el que se encuentra internado.

-**Importante:** si Usted debe pagar un valor por la atención en salud que está recibiendo. Ese valor está determinado por el tipo de afiliación a la seguridad social que usted tiene y el servicio que recibe: Si usted es cotizante debe pagar una cuota moderadora. Si es beneficiario, debe hacer un copago.

URGENCIAS:
Lunes a Domingo: 11:00 a.m. A 12:00 Y 5:00 p.m. A 6:00 pm

HOSPITALIZACIÓN:
Lunes a Domingo: 10:00 a.m. A 7:00 p.m.

UCI INTERMEDIA:
Lunes a Domingo: 12:00m. A 1:00 p.m. y 4:00 A 5:00 p.m.

UCI ADULTOS 3° PISO:
Lunes a Domingo: 11:00 a 12:00 a.m. y 5:00 a 6:00 p.m.

UCI QUIRÚRGICA:
Lunes a Domingo: 11:00 a 12:00 a.m. y 5:00 a 6:00 p.m.

UCI PEDIÁTRICA:
Lunes a Domingo: 10:00 a 11:00 a.m. y 4:00 a 5:00 p.m.

UCI NEONATAL
Padres: 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
Miércoles y Domingos / Abuelos: 10:00 a 11:00 a.m.

Carrera 6 No.16-35 Quirinal - Neiva

PBX: 8725400 EXT 124 – 133

CALL CENTER: 8633388

serviciocliente@clinicauros.com

referencia@clinicauros.com



CLÍNICA
UROS
Servimos con el Alma

www.clinicauros.com



CLÍNICA
UROS
Servimos con el Alma



Conozco mis **Derechos** y **Deberes**

“Clínica Uros S.A.S dentro de su valoración por el usuario y su familia, se esfuerza por brindar servicios de salud con calidez y compromiso, siendo una institución incluyente apoyada en los Derechos y Deberes los pacientes. Somos consecuentes con la DIVERSIDAD de etnias, género, orientación sexual, edad, discapacidad o condición social que pueda tener el usuario”



Clínica Uros SAS Neiva



@clinicauros



@Clínica_Uros.

Reconozco que recibí información de los **DERECHOS Y DEBERES** del Usuario y las normas de Clínica UROS S.A.S

DATOS DEL PACIENTE O RESPONSABLE:

Nombre: _____

Cédula: _____

Teléfonos: _____

Firma

Autoriza dar información a un familiar

SI: NO:

Nombre: _____

Cédula: _____

Teléfonos: _____

Fecha: _____

Usted tiene **Derecho** a:



Acceder a los servicios sin que le impongan trámites administrativos adicionales a los de ley.



Que le autoricen y presten los servicios incluidos en el Plan de Beneficios de manera oportuna, si requiere un servicio que no esté incluido, también lo puede recibir.



Que en caso de urgencia, sea atendido de manera inmediata, sin que le exijan documentos o dinero.



Elegir libremente el asegurador, la IPS y el profesional de la salud que quiere que lo trate, dentro de la red disponible.



Tener protección especial cuando se padecen enfermedades catastróficas y de alto costo, sin el cobro de copagos.



Recibir un trato digno sin discriminación alguna.



Que usted o la persona que lo represente acepte o rechace cualquier tratamiento y que su opinión sea tenida en cuenta y respetada.



Recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.



Recibir por escrito las razones por las que se niega el servicio de salud.



Que atiendan con prioridad a los menores de 18 años.



Ser informado sobre los costos de su atención en salud.



Que solamente le exijan su documento de identidad para **acceder a los servicios** de salud.



Recibir o rechazar apoyo espiritual o moral.



Ser incluido en estudios de investigación científica, **sólo si lo autoriza**



Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, **la mejor asistencia médica** disponible.



Recibir servicios continuos, sin interrupción y de manera integral.



Obtener información clara y oportuna de su estado de salud, de los servicios que vaya a recibir y de los riesgos del tratamiento.



Recibir una segunda opinión médica si lo desea y a que su asegurador valore el concepto emitido por un profesional de la salud externo.



Que le informen dónde y cómo pueden presentar quejas o reclamos sobre la atención en salud prestada.



Confidencialidad sobre su información clínica.

Usted tiene el **Deber** de:



Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad.



Cumplir de manera responsable con las recomendaciones de los profesionales de la salud que lo atiendan.



Brindar la información requerida para la atención médica y contribuir con los gastos de acuerdo con su capacidad económica.



Cumplir las normas y actuar de buena fe frente al Sistema de Salud.



Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.



Respetar al personal de salud y cuidar las instalaciones donde le presten dichos servicios.

Tenga en Cuenta

Su EPS deberá informarle cuáles son los servicios administrativos de contacto disponibles las 24 horas.

- Presentar derechos de petición ante EPS, IPS, secretarías de salud. Tenga en cuenta que cualquier solicitud debe ser respondida en los términos de ley, es decir en los 15 días hábiles a partir de la fecha en que se recibe.
- Si no recibe la respuesta adecuada, acudir a la Superintendencia Nacional de Salud cuando le vulneren sus derechos en salud.
- En caso de requerir orientación acuda a los organismos de vigilancia y control: Superintendencia Nacional de Salud, personerías municipales, Defensoría del Pueblo, Contraloría General de la Nación, Procuraduría, Fiscalía.
- En caso de que una vida o la integridad física de alguien esté en peligro, exija que su petición sea atendida de inmediato.
- Si usted pertenece a los niveles 1 y 2 del SISBÉN, a una comunidad indígena, es población desplazada o rom (gitana), pertenece al programa de protección a testigos o es víctima del conicto armado interno y se encuentra en el Registro Único de Víctimas, tiene derecho a cambiar del régimen subsidiado al contributivo y viceversa, dependiendo de su capacidad económica, sin cambiar de EPS.
- Usted tiene derecho a recibir atención médica en una ciudad diferente a la de su residencia, cuando se traslade temporalmente por un periodo superior a un mes y hasta por 12 meses, haciendo la solicitud ante su EPS.