

# CARTA TRATO DIGNO

Señor (a) Usuario (a) y Familia,

Reciba un caluroso saludo de parte del HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO, una entidad comprometida con el fortalecimiento de la calidad en los servicios de salud.

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito brinda todos los instrumentos de consulta y guía para Usted y su grupo familiar, permitiéndole hacer uso efectivo de los servicios de salud.

Todos nuestros documentos pretenden informar en forma clara y sencilla, como acceder a los diferentes servicios de salud y de atención al usuario al momento de requerir alguno de estos servicios.

De la misma manera, se ofrecen los espacios y los instrumentos para que usted pueda manifestar sus conceptos frente a la atención lo que nos permitirá una mejora continua en beneficio del usuario y su familia.

Los Servidores de la E.S.E, contribuyen diariamente con el Desarrollo armónico de la Misión de la Institución la cual está enmarcada en el modelo innovador de atención centrada en el paciente, ratificamos nuestro compromiso para mejorar las condiciones de salud de nuestros usuarios del sur colombiano y reconocemos que nuestros usuarios son sujeto de Derechos y Deberes, por ello, en la atención que brinde la institución, recibirán:

- Un Trato integral, ético, solidario, transparente y respetuoso bajo los principios de amor, Integridad, Mejoramiento continuo, Pertenencia, Responsabilidad social y autocontrol
- Atención y respuesta oportuna, a través de los diferentes mecanismos de escucha establecidos.
- Divulgación y aplicación de los Derechos y Deberes de los usuarios.

# TU DERECHO ES NUESTRO DEBER



Como Paciente tengo derecho: ↓

- A **ELEGIR**: Los servicios y la institución de acuerdo a mis necesidades particulares y disponibilidad institucional así como a recibir atención inicial de urgencias sin condicionamiento.
- A la **LIBRE** decisión de aceptar o rechazar el tratamiento de acuerdo a la enfermedad luego de recibir asesoría.
- A **SOLICITAR** una segunda opinión con profesionales de la Institución.
- A que se **RESPETEN** mis preferencias manifestadas a través de un documento de consentimiento informado.
- A **RECIBIR** apoyo espiritual según mis creencias.



- A **RECIBIR** de las personas que me atienden información clara, oportuna, suficiente y permanente, sobre mi enfermedad, tratamiento y pronóstico.
- A **RECIBIR** educación para mi autocuidado.
- A **PREGUNTAR** mis inquietudes y ser escuchado.
- A **CONOCER** el nombre y cargo del personal que me atiende y los servicios que presta la Institución.
- A tener **INFORMACIÓN** oportuna de trámites administrativos (costos, procesos)
- A ser **ATENDIDO** en un entorno seguro y que se me proporcionen los recursos disponibles para mitigar los riesgos durante la atención.
- A mantener la **CONFIDENCIALIDAD** sobre mi enfermedad y el contenido de la historia clínica, la cual solo podrá ser revelada en caso que como paciente lo solicite, o en los casos que establezca la ley.
- A que se **RESPETE** mi intimidad.



# TU DEBER ES NUESTRO DERECHO

Mi Obligación como paciente es: ↓

- **ASISTIR** puntualmente a las citas y procedimientos programados.
- **INFORMAR** con veracidad y claridad sobre mi estado de salud.
- **APORTAR** la información necesaria para mi atención y colaborar en todos los aspectos relacionados con mi cuidado y tratamiento de mi enfermedad.
- **DAR** un trato digno y respetuoso al equipo de salud y otros pacientes.
- **DAR** buen uso a las instalaciones y elementos para una correcta atención.
- **ASUMIR** la responsabilidad de seguir las recomendaciones médicas.
- **ASUMIR** los pagos de los servicios que estén fuera de la cobertura que son solicitados por la familia o por el paciente.

