

Bienvenido, es un placer brindarle nuestros servicios.

INGRESO

1. Antes de firmar este documento deberá leerlo y entenderlo, si tiene alguna duda le será resuelta por el responsable de admisión.
2. Al momento del ingreso deberá dejar un depósito que será de acuerdo a la atención requerida de \$ _____ Éste podrá ser en efectivo o tarjeta de crédito, en caso de ser tarjeta de crédito deberá presentar identificación oficial con fotografía. Todo pago y/o depósito con tarjeta de crédito, débito o servicio, generará un cargo extra del 5% sobre el pago y/o depósito.
3. No se aceptan cheques personales o de empresas, sólo se aceptan cheques certificados a nombre de "Hospital Papagayo S. C."
4. Los honorarios médicos no están incluidos en la cuenta del hospital y deberán estar pactados con su médico antes de someterse a cualquier tratamiento. Por lo tanto el hospital no se hace responsable de cualquier inconveniente que pudiera generarse.
5. Si usted cuenta con un seguro de gastos médicos es importante que informe a caja para que se le indique el trámite correspondiente. Deberá presentar su tarjeta de asegurado e identificación oficial.

INFORMACIÓN FINANCIERA

6. Usted recibirá la información de su estado de cuenta, el cual podrá ser solicitada en un horario de 9:00 a 21:00 horas. Los cortes se realizarán con los servicios cargados en sistema hasta el momento de solicitarlo, por lo tanto la cuenta podrá sufrir modificaciones. No incluye honorarios médicos.
7. Su saldo deudor durante su estancia no debe exceder el 10% del total de la cuenta.
8. Le sugerimos vigilar que los cargos correspondan al servicio prestado. Si tiene alguna duda le será resuelta por el responsable de caja.
9. En caso de que su seguro no proceda se le informará con anticipación para que se efectúen pagos parciales, así mismo se le notificará cuando se haya rebasado la cantidad depositada.
10. En caso de requerir factura, se podrá solicitar una vez que la cuenta se haya liquidado y antes de que termine el mes en el que se liquidó la misma.

REGLAMENTO DEL HOSPITAL

11. Por su seguridad no se permite el ingreso de medicamentos, materiales o cualquier otro insumo quirúrgico hospitalario; de lo contrario se cargará a su cuenta y se le serán devueltos al realizar su pago.
12. No está permitido el ingreso de alimentos, bebidas y mascotas.
13. El paciente no deberá traer consigo objetos de valor ni dinero en efectivo al momento de su ingreso. En caso de ingresar por área de urgencias los objetos de valor le serán entregados al responsable o familiares del paciente.

14. No se permiten ingresar objetos de valor a las habitaciones (documentación, dinero en efectivo, alhajas, relojes, aparatos eléctricos, etc).

15. El paciente al ser dado de alta deberá solicitar sus medicamentos a la enfermera para llevárselos consigo.

16. Le informamos que el horario de visitas para las áreas generales de hospitalización es de 9:00 a 21:00 horas, el área de terapia intensiva e intermedia es de 11:00 a 13:00 horas y de 17:00 a 19:00 horas.

17. En las terapias o guardias especiales, las visitas son restringidas en horario y a una persona a la vez, en algunos casos las visitas estarán prohibidas. Ayúdenos a cuidar al paciente.

18. El estacionamiento no está incluido en la estancia hospitalaria y el horario es de 9:00 a 21:00 hrs.

19. Está prohibida la entrada a niños menores de 12 años, por respeto a los pacientes y seguridad de los menores.

20. Le suplicamos leer el reglamento del hospital que se encuentra ubicado en cada habitación y en áreas comunes. Evite la pena de llamadas de atención por incumplimiento.

Si el paciente y los familiares hacen caso omiso a esta disposición, el hospital y el personal no se hacen responsables por pérdidas sufridas o inconvenientes durante su estancia.

INFORMACIÓN MÉDICA

21. Es importante que informe al hospital si usted cuenta con un médico tratante para que sea localizado al momento de su ingreso.

22. Deberá solicitar toda la información médica con respecto al paciente y los procedimientos a los que será sometido durante su estancia en el hospital.

23. En caso de requerirse una intervención quirúrgica es indispensable que el paciente y/o responsable firmen toda la documentación que el personal de urgencias, quirófano y recepción le soliciten.

24. Si tiene alguna observación o queja del servicio que le brindamos por favor exprese la, ya sea en la administración o por medio del buzón de sugerencias. Adicionalmente dejamos a su servicio las extensiones del departamento de administración (215) y de recepción (102 y 103)

Se celebra este convenio de pago entre el Hospital Papagayo S.C. y el Sr. (Sra) _____ el cual se compromete a liquidar el total del gasto que se genere durante el tiempo que permanezca en el hospital, firmando sin presión y de buena fé.

HOSPITAL PAPAGAYO S.C.

PACIENTE O RESPONSABLE

TESTIGO

TESTIGO

DOMICILIO

CALLE _____ No. EXT. _____ No. INT. _____ COLONIA _____

TELS _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CP _____