

# DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

---

## Necesitamos de usted, para proporcionar atención adecuada.

- Usted y otros miembros del equipo de salud trabajan en conjunto para planear la atención de su hijo(a).
- Usted es responsable de cumplir los acuerdos que realiza, si no comprende sus responsabilidades, por favor avísenos.

## Necesitamos que respete y considere los derechos de los demás.

- Esperamos que su familia respete los derechos de otros niños, familias y personal del hospital y sobre todo que cumplan el reglamento y las políticas del hospital.



**Hospitales Shriners**  
para Niños



## Nuestra Misión

Proporcionar atención integral de calidad a niños hasta los 18 años de edad, con afecciones del sistema neuromusculoesquelético, secuelas de quemaduras, rehabilitación, enfermedades y complicaciones derivadas de estas afecciones que repercutan en la salud del niño, centrando la atención en la familia como un todo hasta su ambiente externo mediante:

Educación a Médicos, Enfermeras y otros profesionales de áreas afines a la salud Investigación clínica para obtener nuevos conocimientos que mejoren la calidad del cuidado y vida de los niños y sus familias

La misión se lleva a cabo sin costo alguno para el paciente y su familia y sin distinción de raza, color, sexo, religión o secta religiosa.

## HOSPITAL SHRINERS PARA NIÑOS A.C.

Av. del Imán No. 257  
Col. Pedregal de Santa Úrsula  
Delegación Coyoacán  
México, D.F., C.P. 04600

Teléfono: (55) 54-24-78-50  
Fax: (55) 56-06-16-89

## HOSPITAL SHRINERS PARA NIÑOS A.C. MEXICO

---



# DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE



# DERECHOS Y

# RESPONSABILIDADES

# DEL PACIENTE

**NIÑOS Y ADOLESCENTES** - En este hospital, usted tiene derecho a:

- Ser llamados por su nombre.
- Conocer el nombre de la persona que lo atiende.
- Tratado con respeto y privacidad.
- Estar acompañado por un familiar.
- Apoyo y atención emocional.
- Recibir información sobre su enfermedad y padecimiento, para una mejor comprensión.
- Información en su idioma.
- Llorar y quejarse si algo le produce dolor.
- Ser escuchado y recibir atención/apoyo para el dolor.
- Atención de calidad en forma oportuna y gratuita
- Manejo confidencial de su expediente y de toda la información relacionada a su caso.
- Atención que respete sus necesidades de crecimiento, juegos y aprendizaje.
- Tomar decisiones acerca de su padecimiento o incluso negarse a recibir el tratamiento, si éste no afecta su salud.
- Ser parte integral del plan de alta, con su cooperación y la de su familia.



**FAMILIARES** - En este hospital, ustedes tienen derecho a:

- Ser llamados por su nombre.
- Conocer el nombre de la persona que atiende a su hijo(a).
- Permanecer con su hijo(a) en todo momento en la medida y dentro los horarios establecidos.
- Ser respetado, tener privacidad y ser tratado dignamente.
- Atención emocional que apoya a la familia de manera integral.
- Recibir información clara y sencilla acerca de la atención de su hijo(a).
- Recibir información clara sobre la cirugía y el tratamiento de su hijo(a), que le ayude a proporcionar el consentimiento de enterado.
- Recibir información completa sobre los proyectos de investigación que sean convenientes para su hijo(a), de tal manera que usted pueda dar su consentimiento o rechazar la participación de su hijo(a) en la misma.
- Participar en las decisiones sobre la atención de su hijo(a), negándose incluso a recibir el tratamiento indicado, siempre y cuando ésta decisión no ponga en riesgo la vida de su hijo(a).
- Atención de calidad en forma oportuna y gratuita.
- Manejo confidencial del expediente clínico de su hijo(a) e información que usted proporcione al respecto.
- Atención que respete el crecimiento y desarrollo de su hijo(a).
- Con la participación de usted y la de su hijo(a), ser parte integral del plan de alta permitiendo cumplir con las necesidades de atención de su hijo(a), que pudiera presentarse después de su internamiento .

## RESPONSABILIDADES DE LOS FAMILIARES Y PACIENTES

**Necesitamos que usted nos proporcione información:**

- Usted tiene información importante sobre la salud de su hijo(a), y nosotros necesitamos conocer los síntomas, tratamientos, medicamentos u otras enfermedades que haya presentado.
- Usted debe informarnos qué es lo que espera de la atención Médico Hospitalaria
- Para nosotros es importante que nos informe, ¿Cómo quieren ustedes tomar parte en la atención medica además ¿Qué otra información puede usted necesitar?
- Ustedes deben avisarnos, cuando no comprenda algo sobre la atención
- Si usted no está satisfecho con la atención, por favor háganoslo saber.
- Firma del consentimiento "IFAI" para la protección de sus datos personales

---

**PERSONAL DEL HOSPITAL SHRINERS**

**QUIEN PROPORCIONA ESTA INFORMACION**

---

**PACIENTE O TUTOR  
ESTOY ENTERADO DE MIS  
DERECHOS Y OBLIGACIONES**