



## Participe activamente en su cuidado

- Haga preguntas
- Ponga atención a las instrucciones del profesional de salud.
- Informe al profesional de salud sobre sus medicamentos, suplementos y alergias.



## Si cree que algo está mal

- Hable
- Pida hablar con un representante de pacientes.
- La clínica IEI le ayudará a resolver el problema.
- Puede presentar una queja con la agencia que concede la licencia al IEI.

## Speak Up™

El objetivo de Speak Up™ es ayudar a pacientes, familiares y asistentes de salud a participar en su cuidado.

Escanee el código de abajo con la cámara de su teléfono para obtener más información sobre Illinois Eye Institute.



El nombre de mi doctor es:

---

Mi diagnóstico es:

---

Mi siguiente visita es:

---

**IllinoisEyeInstitute.org**

3241 S Michigan Ave  
Chicago, IL 60616  
(312) 225-6200

## Speak Up™

### Sobre su cuidado



ILLINOIS  
EYE  
INSTITUTE

**IllinoisEyeInstitute.org**



## Como paciente tiene derecho a

- Ser informado sobre su asistencia.
- Tomar decisiones sobre su cuidado médico.
- Rechazar la asistencia médica.
- Conocer los nombres de los profesionales de salud.
- Ser tratado con respeto y cortesía.
- Ser escuchado por los profesionales de salud.
- Tener un intérprete.
- Recibir información de un modo que se adapte a sus necesidades, como por ejemplo si tiene problemas de visión.
- Copias de sus resultados de prueba y su historia médica.
- Tener a un familiar o a un asistente de salud con usted durante su cita.
- Privacidad de su información de cuidado.
- Pedir que fotografías o videos tomados de usted sean usados únicamente para identificarlo o usarlos para su cuidado.
- Atención sin discriminación.

## Formulario personal de medicamentos

Lleve este formulario con usted cuando tenga una cita y muéstrelo a su doctor o si tiene que ir al hospital o cuando le surtan una nueva receta.

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Día de actualización del formato: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Alergias/Reacciones: \_\_\_\_\_

<b>Medicamentos</b>					
	Día de inicio/ Día final	Nombre de dosis	Potencia de la tableta	Cómo usar/ Cuando usar medicamento de pastilla	¿Qué es y para qué sirve el medicamento?
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					