



A CUMPLIR //

- Puntualmente con las citas asignadas por la unidad de servicios de salud y presentarme en adecuadas condiciones de aseo.
- Con el tratamiento y recomendaciones ordenadas por el equipo de salud.
- Con el pago oportuno de los servicios y derivados de mi condición de aseguramiento.
- Con el cuidado de los recursos físicos y materiales de la unidad de servicios de salud.



A RESPETAR //

- Los principios, valores y objetivos que promulga la unidad de servicios de salud.
- Al personal de la salud y a la comunidad usuaria de los servicios.
- Las condiciones de raza, género y culto de los colaboradores de la unidad de servicios de salud, usuarios, sus familias y la comunidad.



**Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.**
Sede Administrativa
Calle 9 # 39 - 46 / Teléfono: 756 05 05
www.subredsuroccidente.gov.co

¿Conozco mis **DERECHOS** Y DEBERES?





Mis

DERECHOS

A CONOCER //

- De forma clara mi condición de salud y el tratamiento que recibiré.
- El portafolio de servicios y los costos derivados de la atención que obtendré.
- Los escenarios de participación social y como acceder a los mecanismos escucha.



A ELEGIR //

- La Unidad de servicios de salud y los profesionales de salud que me atenderán.
- Si deseo o no, recibir el tratamiento y/o procedimiento ordenado por el profesional de la salud.
- Si acepto o no, la donación de órganos y/o sangre.
- Morir con dignidad.
- Si acepta o rechazo participar en programas de investigación.

A RECIBIR //

- Información, capacitación y educación en temas de salud.
- Una atención segura, integral oportuna y eficiente de acuerdo a mi condición de salud, género y edad.
- Un trato digno, respetando mi religión costumbres y creencias.
- Manejo confidencial de mi condición en salud y de lo consignado en mi historia clínica.
- Apoyo espiritual y/o emocional cuando sienta que lo requiero.
- Consulta de segunda opinión en casos especiales.
- Atención en salud que respete mi privacidad.



Mis

DEBERES

A INFORMAR //

- Mis antecedentes en salud, entorno familiar y hábitat u otra situación asociada a mi situación étnica.
- Si acepto o rechazo el tratamiento y/o procedimiento de salud ordenado por el profesional.
- Sobre situaciones irregulares que evidencie en la unidad de servicios de salud.

