



CARTA DE TRATO DIGNO AL USUARIO



**RESPETADO(A) CIUDADANO(A)
USTED TIENE DERECHO A.**

1. RECIBIR ATENCION MEDICA ADECUADA
2. RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO
3. RECIBIR INFORMACION SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ
4. DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU ATENCION
5. OTORGAR SU CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO
6. SER TRATADO CON ^{*}CONFIDENCIALIDAD
7. CONTAR CON FACILIDADES PARA OBTENER UNA SEGUNDA OPINION
8. RECIBIR ATENCION MEDICA EN CASO DE URGENCIAS
9. CONTAR CON UN EXPEDIENTE CLINICO
10. SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
11. SER ATENDIDO CUANDO ESTE INCONFORME POR LA ATENCIÓN MEDICA RECIBIDO.

CUALQUIER INQUIETUD FAVOR COMUNICARSE A LOS SIGUIENTES CONTACTOS.

URGENCIAS 2221011-3176566329
PUESTO DE SALUD BARRIO BOLIVAR 2207363
CENTRO DE SALUD LA PAILA 2205813
CONMUTADOR: 2220043-2220046 - 2220030
SITO WEB: www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co,
sia:www.hospitalsanrafaelzarzal/contactenos.php