Nombre del paciente:	Numero del Paciente:
Heart of Kansas Family Health Care Poliza De Reconocimiento	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	os comprometidos a garantizar un entorno seguro y respetuoso para todos los visitantes, ar, hemos establecido una política que aborda acciones y comportamientos inaceptables
**Comportamientos inaceptables: **	
No toleraremos las siguientes acciones/comport	tamientos:
- Comentarios insultantes basados en r	raza, religión, cultura u orientación sexual.
- Daños a la propiedad o robo	
- Lanzar objetos personales o propieda	d de la clínica a otras personas.
- Agresión física	
- Lenguaje, gestos o acciones agresiva:	s o amenazantes.
- Acecho, atención no deseada o contac	cto inapropiado hacia otras personas.
- Tocarse inapropiadamente a sí mismo	o.
- Amenazas verbales o escritas	
- Llamadas telefónicas excesivas, intin	nidantes o amenazantes.
- Proporcionar información falsa que p	oueda afectar negativamente la atención medica del paciente.
- No se permite usar cigarro electrónic	o ni fumar en la clínica.
**Como se responderá a conductas/comport:	amientos inaceptables: **
En caso de que se observe o se experimente cua medidas adecuadas, que pueden incluir:	alquiera de los comportamientos antes mencionados, nuestro personal tomará las
- Retiro inmediato del local (clínica).	
- Posible despido a no recibir atención	de cuidado al paciente
- Posible notificación a las autoridades	s locales (policía)
Si usted se encuentra en alguno de estos probler administración de Heart of Kansas a la extensió	mas, informe a un miembro de nuestro personal de confianza o comuníquese con la on 111.
Al firmar a continuación, usted reconoce que ha	a leído y comprendido esta política
**Firma del paciente:	_ Firma del padre/tutor legal DPOA:

Gracias por su cooperación y por ayudarnos a mantener un ambiente seguro para todos.

Fecha: _____