



THE UNIVERSITY OF  
KANSAS HEALTH SYSTEM

Code of Conduct

Do not write in this box



DT5271  
Code of Conduct

Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

## Código de conducta

Mientras nos esforzamos diariamente por liderar la nación en el cuidado, la curación, la enseñanza y el descubrimiento, The University of Kansas Health System está aquí para apoyar sus necesidades físicas, mentales, emocionales y espirituales. Sabemos que los retos de salud pueden causar preocupación, estrés o miedo a nuestros pacientes y visitantes. Nuestro equipo está aquí para usted.

También estamos comprometidos con la seguridad y la comodidad de nuestros pacientes, visitantes y personal.

Esperamos que los pacientes, los visitantes y el personal se traten mutuamente con respeto.

**Tenemos una política de tolerancia cero para los comportamientos agresivos, abusivos u ofensivos.**

No permitiremos estos comportamientos:

- Acoso y amenazas verbales, escritas o físicas
- Insultos, bromas o comentarios raciales, religiosos, culturales o sexuales
- Agresión física o tocamientos inapropiados a los demás o a uno mismo
- Gestos o acciones amenazantes, insultantes, agresivas, ofensivas o intimidatorias
- Arrojar objetos
- Acoso, incluida la atención o los gestos no deseados
- Daños a la propiedad
- Posesión de armas o armas de fuego

Si observamos o experimentamos alguno de estos comportamientos, nuestro personal determinará la mejor manera de responder inmediatamente. Las preocupaciones sobre la seguridad del personal o de la organización pueden denunciarse a la policía. También tenemos derecho a poner fin a la relación proveedor/paciente y despedir a un paciente de la atención y detener el tratamiento de forma permanente si estos comportamientos no se detienen inmediatamente según sea necesario. Nos reservamos todos los derechos hasta la expulsión del campus y/o el enjuiciamiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante legalmente autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

**Interpretation:** Discussion interpreted for patient/representative by \_\_\_\_\_  
Name Number Date/Time