



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE PACIENTE Y DEL CENTRO

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ MR # _____

Bienvenido al Centro. Nuestro objetivo es proporcionar atención médica de calidad a las personas en esta comunidad, sin importar su capacidad de pago. Como paciente, usted tiene derechos y responsabilidades. El Centro también tiene derechos y responsabilidades. Queremos que usted entienda estos derechos y responsabilidades para que pueda ayudarnos a proporcionarle mejores servicios de salud. Por favor lea y firme esta declaración y háganos las preguntas que pueda tener.

A. Derechos Humanos

Usted tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad sin importar la raza, color, estado civil, religión, sexo, origen, antepasados, discapacidad física o mental, edad, estado de veterano de Vietnam, orientación sexual, afiliación política, o la capacidad de pagar por los servicios.

B. Pago por servicios

1. Usted es responsable de darnos información precisa sobre su situación financiera actual y cualquier cambio en su situación financiera. Necesitamos esta información para decidir cuánto cobrar a usted y/o para que podamos facturar a un seguro privado, Medicaid, Medicare, u otros beneficios para los cuales usted puede ser elegible. Si sus ingresos son menores al nivel federal de pobreza, se le cobrará una tarifa de descuento.
2. Usted tiene el derecho de recibir explicaciones de nuestra factura. Usted debe pagar o hacer arreglos para pagar, todos los honorarios acordados por los servicios médicos con la excepción de los servicios dentales, que se proporcionan sobre una base pre-pagada. Si usted no puede pagar de inmediato, por favor háganoslo saber para que podamos brindarle la atención ahora y elaborar un plan de pago.
3. La ley federal nos prohíbe negarle los servicios de atención primaria de salud que son necesarios médicamente, únicamente porque usted no puede pagar por estos servicios.

C. Privacidad

Usted tiene derecho a tener sus entrevistas, exámenes y tratamiento en privado. Sus registros médicos también son privados. Sólo las personas autorizadas legalmente pueden ver sus registros médicos, a menos que usted solicite por escrito que se los mostremos, o le demos una copia de estos, a otra persona. En ciertos casos, el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas puede solicitar que el centro le reporte sobre su condición de salud o el estado de su enfermedad.

Una explicación completa de sus derechos de privacidad se le dará junto con este documento y se llama Aviso sobre los Derechos de Privacidad del Cliente. El Aviso sobre los derechos de Privacidad del Cliente establece las maneras en que sus registros médicos pueden ser usados o revelados por el centro y los derechos que le corresponden bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico ("HIPAA") Al firmar este documento usted está indicando que ha recibido este aviso.

D. Cuidado de la Salud

1. Usted es responsable de proporcionarnos información completa y actualizada sobre su estado de salud o enfermedad, para que podamos darle una atención médica adecuada. Usted tiene el derecho, y se le anima, a participar en las decisiones sobre su tratamiento.
2. Usted tiene el derecho a la información y explicaciones en el idioma que habla normalmente y en palabras que usted entienda. Usted tiene el derecho a la información sobre su salud o enfermedad y su plan de tratamiento, incluyendo: la naturaleza de su tratamiento; los beneficios esperados; sus riesgos y peligros (y las consecuencias de rechazar el tratamiento); las alternativas razonables, si las hay (y sus riesgos y beneficios); y el resultado esperado, si se conoce.
3. Usted tiene el derecho de recibir información sobre las "Directivas Anticipadas". Si no desea recibir esta información, o si no es médicamente aconsejable compartir esa información con usted, se la entregaremos a su representante legal autorizado.
4. Usted es responsable del uso apropiado de nuestros servicios, lo cual incluye seguir las instrucciones de nuestro personal, hacer y mantener las citas programadas, y solicitar una cita urgente solamente cuando está enfermo. Es posible que no seamos capaces de verlo a menos que tenga una cita. Si no puede seguir las instrucciones del personal, por favor díganos para que podamos ayudarle.
5. Si usted es un adulto, tiene derecho a rechazar el tratamiento o los procedimientos en la medida permitida por la ley y reglamentos aplicables. A este respecto, usted tiene el derecho de ser informado de los riesgos, peligros y consecuencias de su rechazo a dicho tratamiento y procedimientos. Usted es responsable de las consecuencias y de los resultados de rechazar el tratamiento o los procedimientos recomendados. Si usted rechaza el tratamiento o los procedimientos que su proveedor del cuidado de salud cree que son los más convenientes para usted, se le puede solicitar firmar una de estos documentos: Rechazo a permitir Tratamiento o Servicios Médicos o En contra del Consejo Médico.
6. Usted tiene derecho a la atención médica y al tratamiento que sea razonable para su condición y dentro de nuestra capacidad, sin embargo, el Centro no es un centro de atención de emergencia. Usted tiene el derecho a ser transferido o ser referido a otro centro para los servicios que no podemos proporcionar. El Centro no paga por los servicios que reciba con otro proveedor de salud.
7. Si usted está con dolor, tiene el derecho de recibir una evaluación y un manejo del dolor adecuado, según sea necesario.

E. Reglas del Centro

1. Usted tiene derecho a recibir información sobre cómo utilizar adecuadamente los servicios del Centro. Usted es responsable de usar los servicios del Centro de una manera apropiada. Si tiene alguna pregunta, por favor háganosla.
2. Usted es responsable de la supervisión de los niños que vienen con usted al Centro. Usted es responsable de su seguridad y de la protección de otros pacientes y de nuestra propiedad.
3. Usted tiene la responsabilidad de mantener sus citas programadas. Las faltas a las citas causan retraso en el tratamiento de otros pacientes. Si usted no mantiene sus citas programadas se le puede solicitar reunirse con el Director Médico o la persona designada para determinar la razón de las faltas a sus citas y si puede continuar como paciente del Centro.

Original date:

Revised: 01/04/2013

Approved:

F. Quejas

1. Si usted no está satisfecho con nuestros servicios, por favor díganoslo. Queremos sugerencias para poder mejorar nuestros servicios. Nuestro personal le dirá cómo presentar una queja. Si usted no está satisfecho con la forma en que manejamos su queja, puede quejarse a la Junta Directiva.
2. Si usted presenta una queja, no se le castigará, discriminara o se tomara venganza por esa razón y el Centro seguirá prestándole los servicios.

G. Terminación

Si el Centro decide que debemos dejar de tratarlo como paciente, usted tiene el derecho de recibir un aviso anticipado por escrito que explique la razón de la decisión y se le darán treinta (30) días para encontrar otros servicios de salud. Sin embargo, el Centro puede decidir interrumpir el tratamiento inmediatamente y sin previo aviso, si usted ha creado una amenaza para la seguridad del personal y/o de otros pacientes. Usted tiene el derecho de recibir una copia de la política y procedimiento del Centro "Comunicación al Paciente sobre Incumplimiento y Terminación".

Las razones por las cuales podemos dejar de verle incluyen:

- No obedecer las reglas y políticas del Centro, tales como mantener las citas programadas;
- Fallo intencional de informar con precisión su situación financiera;
- Fallo intencional de reportar la información exacta sobre su salud o enfermedad;
- Fallo intencional para seguir el programa de cuidado de la salud, como instrucciones acerca de la toma de medicamentos, prácticas personales de salud, o citas de seguimiento, según lo recomendado por su proveedor, y/o;
- Crear una amenaza para la seguridad del personal y/u otros pacientes.

H. Apelaciones

Si el Centro le ha dado aviso de terminación de la relación Paciente y Centro, usted tiene el derecho de apelar la decisión ante la Junta Directiva. A menos que tenga una emergencia médica, no vamos a seguir viéndolo como paciente mientras está apelando la decisión.

Firma: _____ / ____ / ____
(Fecha)

Nombre: _____
(Nombre escrito)

Si firma por un menor: _____
(Nombre del Menor escrito)

Leído por: _____
(Nombre escrito de la persona)