

«Last_Name», «First_Name»	DOB: «Birth_Date»
MR#: «Medical_Record_Number»	VISIT ID#: «Visit_ID»
SEX: AGE: «Age»	HSV: «Service_Code»
ADMIT: «Admit_Date»	RM/BED:

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE

El derecho a los cuidados respetuosos, expertos y compasivos de su mente, espíritu y cuerpo:

- Tiene derecho, como paciente, a recibir oralmente y por escrito, en un idioma que usted comprenda, todos sus derechos legales como paciente y a que lo mantengan informado sobre los cambios en estos derechos.
- Recibirá cuidados de salud que cumplan con las normas profesionales para garantizar una seguridad razonable dentro del centro de salud.
- Recibirá acceso al tratamiento necesario independientemente de la raza, color, credo, sexo, nacionalidad, edad, diagnóstico, invalidez, orientación sexual o fuente de pago de los cuidados.
- Puede aceptar o rechazar a los visitantes.
- Tiene derecho a un acceso ilimitado a la comunicación pero, a veces, como parte de su tratamiento, podría ser necesario restringir las visitas, el correo, las llamadas telefónicas u otras formas de comunicación. Usted y su familia participarán en esa decisión.
- Tiene derecho al respeto de la dignidad individual y a la protección de la privacidad personal cuando recibe los cuidados de salud.
- Puede acceder a la información de facturación del centro de salud que le corresponde a usted y pedir que se la expliquen.
- Tiene derecho a recibir los servicios de un Defensor Financiero del Paciente que lo ayude a determinar si reúne los requisitos para recibir asistencia económica con las facturas del centro de salud.
- Conocerá la identidad del profesional que está principalmente a cargo de sus cuidados y la identidad y la situación profesional de las otras personas que le brinden servicios mientras esté en el centro de salud.
- Tiene derecho a una comunicación efectiva, que se considera necesaria.

El derecho a solicitar una pronta solución a sus quejas:

Puede expresar sus preocupaciones por los siguientes medios:

- Escribiendo comentarios en las encuestas de pacientes.
- Directamente a la persona a cargo del cuidado del paciente o a la administración del hospital.
- Comunicándose directamente con un organismo estatal sin importar si se utiliza o no el sistema de quejas del centro de salud.
- Comunicándose con:

Departamento de Inspecciones y Apelaciones
División de Instalaciones de Salud
Lucas State Office Building
Des Moines IA 50319
(515) 281-3790

División de Operaciones de Acreditación
Oficina de Control de Calidad
La Comisión Conjunta
One Renaissance Blvd.
Oakbrook Terrace IL 60181
(800) 994-6610

«Last_Name», «First_Name»	DOB: «Birth_Date»
MR#: «Medical_Record_Number»	VISIT ID#: «Visit_ID»
SEX: AGE: «Age»	HSV: «Service_Code»
ADMIT: «Admit_Date»	RM/BED:

- Solicitando acciones formales:

Se debe notificar al Director General del centro de salud para que se tomen acciones formales y se investigue una queja. Esto se puede hacer escribiendo una carta al Director General a 312 9th Street SW, Waverly, Iowa 50677 o llamando al (319) 352-4120, donde debe pedir que lo comuniquen con el Director General. Al momento de la recepción, la administración tiene la responsabilidad de analizar, investigar y responder a la parte solicitante. Esta investigación comenzará dentro de un plazo de 48 horas a partir de recibida la queja. Se enviará una notificación por escrito dentro de un plazo de dos semanas a partir del contacto inicial que incluirá el nombre de la persona de contacto del centro de salud, las medidas que se tomaron para investigar, los resultados del proceso de quejas, si se completó, y la fecha de finalización, si corresponde.

El derecho a la privacidad personal, la seguridad, la confidencialidad y la disponibilidad de los datos:

- Tiene derecho a que las discusiones o conversaciones con respecto a sus cuidados sean discretas y profesionales.
- Podrá acceder a su información en un plazo razonable y pedir que se la expliquen.
- Está protegido contra la revisión no autorizada de sus datos. Se mantendrá la confidencialidad de todos los datos médicos y toda información que corresponda.
- Se requerirá consentimiento para la grabación o filmación que se realice con otro fin que no sea el de la identificación, el diagnóstico o el tratamiento del paciente.

El derecho a la información que le permita participar en el desarrollo y la implementación de su plan de cuidados:

- Tiene derecho a la información con respecto a sus cuidados a menos que exista una razón médica para no brindarle esa información, tiene derecho a consultar con un especialista por su cuenta y tiene derecho a rechazar los cuidados, el tratamiento, los servicios o la participación en una investigación experimental de conformidad con las leyes y las normas. Se requerirá el consentimiento informado para todo paciente que elija participar en una investigación experimental.
- Tiene derecho a informarse para tomar decisiones sobre sus cuidados, como escoger a un profesional de atención personal, informarse sobre el estado de su salud y el pronóstico, planificar los cuidados, el tratamiento, y solicitar o rechazar el tratamiento.
- Puede hacer preguntas y esperar respuestas honestas y comprensibles que le permitan participar en sus cuidados y tomar decisiones válidas.
- Puede ayudar en la formulación de sus cuidados de salud y en las directivas anticipadas, y pedir a los profesionales de la salud que cumplan estas instrucciones.
- Puede solicitar una consulta con el Comité de Ética del centro de salud para analizar las preocupaciones que tenga con respecto a su tratamiento, la comunicación o las normas de ética del personal del centro de salud. Puede presentar esta solicitud comunicándose con nuestro personal de Servicios Sociales.
- Puede solicitar que se notifique a un familiar, representante o profesional de inmediato sobre su ingreso al hospital.
- Tiene derecho al manejo del dolor.

El derecho a informarse sobre su enfermedad, las causas y el tratamiento:

- Tiene derecho a recibir los conocimientos adecuados y las condiciones necesarias para tratar su enfermedad.
- Tiene derecho a recibir la información necesaria y útil que le permita tener un estilo de vida más saludable.
- Usted y, cuando corresponda, su familia recibirán información sobre el resultado del tratamiento, que incluye los resultados imprevistos.

«Last_Name», «First_Name»	DOB: «Birth_Date»
MR#: «Medical_Record_Number»	VISIT ID#: «Visit_ID»
SEX: AGE: «Age»	HSV: «Service_Code»
ADMIT: «Admit_Date»	RM/BED:

El derecho al asesoramiento espiritual:

- Tiene acceso a un asesoramiento espiritual confidencial.
- Puede elegir o rechazar la visita de una persona del clero u otra asistencia pastoral.
- Puede solicitar el culto religioso de su elección.

El derecho a estar libre de restricciones de cualquier forma que no sean médicamente necesarias:

- Tiene derecho a no sufrir ningún tipo de abuso, abandono o explotación mental, física, sexual o verbal.
- Solo se podrá utilizar una restricción a fin de mejorar su bienestar cuando los métodos menos restrictivos sean ineficaces. La restricción debe cumplir con los siguientes requisitos:
 1. Debe ser indicada por un profesional, nunca como una orden regular o para utilizar cuando se necesite, y debe seguir una consulta con el profesional a cargo del tratamiento lo antes posible.
 2. Debe realizarse de acuerdo con una modificación por escrito del plan de salud.
 3. Debe implementarse de la manera menos restrictiva que sea posible.
 4. Debe realizarse de conformidad con las técnicas de restricción adecuadas y seguras.
 5. Debe finalizar lo más pronto que sea posible.
- Se evaluará, controlará y reevaluará su enfermedad continuamente mientras esté restringido.

A partir del reconocimiento de que debe existir un espíritu de cooperación entre usted y los profesionales que lo atienden, declaramos las siguientes responsabilidades del paciente:

- Brindar información precisa y completa sobre el estado de su salud, que incluye enfermedades pasadas, hospitalizaciones y medicamentos.
- Informar al centro de salud o al consultorio del profesional si elaboró directivas anticipadas para los cuidados de salud (Poder Legal Médico o Testamento en Vida).
- Ofrecer al centro de salud o al consultorio del profesional su identificación completa e información financiera y del seguro.
- Seguir los planes de tratamiento recomendados.
- Cumplir las normas y regulaciones del centro de salud que afecten la conducta y el tratamiento del paciente y tener en cuenta los derechos de los otros pacientes y del personal del centro de salud, y tratarlos con respeto y consideración.
- Firmar los consentimientos y autorizaciones requeridos para el tratamiento y los formularios de divulgación de información que sean necesarios.
- Avisar cuando no entienda la información, las instrucciones o las comunicaciones que le hayan dado.
- Proteger sus objetos de valor enviándolos a su casa a través de un familiar o colocándolos en el área cerrada del centro de salud.
- Cumplir con los requisitos de su plan de salud, que implican entender sus beneficios, obtener la autorización adecuada para los servicios o completar los formularios de coordinación de beneficios si lo requiere su seguro.

«Last_Name», «First_Name»	DOB: «Birth_Date»
MR#: «Medical_Record_Number»	VISIT ID#: «Visit_ID»
SEX: AGE: «Age»	HSV: «Service_Code»
ADMIT: «Admit_Date»	RM/BED:

- Responder lo antes posible las solicitudes que reciba del plan de salud con respecto a los requisitos que debe reunir como paciente o las circunstancias de su visita.
- Corregir los errores que haya en su información personal o la información de la persona a cargo con la compañía de seguros a fin de no pagar al centro de salud por los servicios prestados.
- Comunicarse con la oficina de facturación del centro de salud si tiene dudas o inquietudes con respecto a su factura o su capacidad de pago.
- Traer los copagos o saldos debidos en el momento de su visita.
- Cumplir con sus obligaciones financieras lo antes posible después del alta, de acuerdo con el Capítulo 135B del Código de Iowa.

Responsabilidad personal por los servicios que no cubre el seguro:

Los servicios optativos que no cubre el seguro, como la cirugía estética, deben pagarse íntegramente en el momento en el que se presta el servicio. Como es posible que no se conozcan los gastos totales antes de su visita, se le puede pedir que realice un pago basado en un costo calculado o podemos solicitar un depósito si no hay un cálculo disponible. Puede pagar en efectivo, con cheque, con giro postal o con tarjeta de crédito.

Medicare y algunos planes de seguros no cubren algunos medicamentos. Se le facturarán estos medicamentos a usted.

Facturas de profesionales independientes:

Recibirá estados de cuenta por separado de otros profesionales que participaron en su tratamiento en el centro de salud, como radiólogos, patólogos, anesthesiólogos, especialistas, etc. Estos profesionales pueden participar o no en las mismas redes de seguros que el centro de salud. Hable con su compañía aseguradora para solicitar información sobre los profesionales de la red y la cobertura. Si tiene dudas con respecto a estas facturas, comuníquese al número que aparece en el estado de cuenta que recibe del otro profesional.

Asistencia económica:

El centro de salud ofrece asistencia económica a personas que reúnan los requisitos y que tengan problemas para pagar los servicios prestados. Todos los pacientes que tengan gastos en efectivo, estén asegurados o no, pueden reunir los requisitos para la asistencia económica en los *cuidados médicos necesarios* incluso si no cumplen con los requisitos para otros tipos de asistencia. Comuníquese con nuestro Defensor Financiero del Paciente o con los Servicios Sociales para obtener más información.

Existen distintas formas y planes de pago disponibles si necesita más tiempo para pagar el saldo restante. Comuníquese con la Oficina de Facturación para acordar la forma de pago que le resulte conveniente. La comunicación y los plazos son esenciales para que podamos ofrecerle la asistencia que necesite.

Aviso de no discriminación:

Como beneficiario de una asistencia económica federal, el centro de salud no excluye ni le niega beneficios ni discrimina de ningún otro modo a ninguna persona sobre la base de su raza, color, nacionalidad, invalidez o edad, para su internación, participación o recepción de servicios y beneficios conforme a sus programas y actividades, ya sean realizadas por proveedores del centro médico directamente o a través de un contratista u otra entidad con la que los proveedores del centro médico trabajen para la realización de programas y actividades.