PBOR

Aviso sobre los derechos y responsabilidades del paciente

Usted tiene derecho a:

- Ser tratado de manera digna y respetuosa, y a recibir respuestas razonables a solicitudes razonables de servicio.
- Una comunicación eficaz que proporcione información de una manera que usted comprenda, en el idioma de su preferencia, con servicios de interpretación, traducción o ayudas auxiliares sin costo alguno, y de una manera que satisfaga sus necesidades en caso de tener deterioro visual, del habla, auditivo o cognitivo o una capacidad limitada para leer, escribir, hablar o comprender inglés. La información debe proporcionarse en términos fáciles de comprender que le permitan expresar su consentimiento informado.
- Información sobre cómo obtener estos servicios gratuitos y ayudas auxiliares.
- Atención o servicios prestados sin discriminación por motivos de género, edad, raza, color, origen étnico, religión, origen nacional, cultura, idioma, discapacidad física o mental, estatus socioeconómico, orientación sexual e identidad o expresión de género.
- Información sobre la disponibilidad del procedimiento de quejas y cómo presentar una queja de acuerdo con la Sección 92.7 (b), la identificación y la información de contacto del empleado responsable designado de conformidad con la Sección 92.7 (a) y cómo presentar una queja de discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés).
- Hablar sobre toda inquietud con respecto a discriminación con el responsable de cumplimiento del centro.
- Respeto por sus valores, creencias y preferencias culturales y personales.
- Privacidad personal, privacidad de su información de salud y a recibir un aviso de las prácticas de privacidad del centro.
- Manejo del dolor.
- Adaptaciones para sus servicios religiosos y otros servicios espirituales.
- Acceder, solicitar modificaciones y obtener información sobre la divulgación de su información de salud de conformidad con la ley y los reglamentos, dentro de un plazo de tiempo razonable.
- Que un miembro de su familia, amigo u otra persona de apoyo, esté presente con usted durante el transcurso de su estadía, a menos que la presencia de dicha persona infrinja los derechos o la seguridad de otras personas, o resulte médicamente contraindicada.
- Participar en las decisiones acerca de su atención, incluyendo la elaboración de su plan de tratamiento, la planificación del alta y la notificación oportuna de su ingreso a su familia y a su médico personal.
- Seleccionar a los proveedores de los bienes y servicios que se recibirán después del alta.
- Rechazar la atención, el tratamiento o los servicios de conformidad con las leyes y reglamentos, y a abandonar el centro en contra del consejo del médico.
- Que un sustituto en la toma de decisiones participe en las decisiones sobre atención, tratamiento y servicios cuando usted no pueda tomar sus propias decisiones.
- Recibir información acerca de los resultados de su atención, tratamiento y servicios, incluyendo los resultados inesperados.
- Otorgar o denegar el consentimiento informado al tomar decisiones sobre su atención, tratamiento y servicios.
- Recibir información sobre los beneficios, riesgos y efectos secundarios de la atención, el tratamiento y los servicios propuestos; la probabilidad de alcanzar sus objetivos y cualquier problema potencial que pueda surgir durante la recuperación de dicha atención, tratamiento y servicios, así como cualquier alternativa razonable a estos.
- Otorgar o denegar el consentimiento informado a las grabaciones, filmaciones o a obtener imágenes de usted para cualquier propósito diferente a su atención.
- Participar, o negarse a participar, en estudios, investigaciones o ensayos clínicos sin poner en riesgo su acceso a atención y servicios no relacionados con el estudio.
- Conocer el nombre del profesional que tiene la responsabilidad principal de su atención, tratamiento o servicios, y los nombres de los demás profesionales que le brinden atención.
- Formular directivas anticipadas con respecto a la atención que recibirá al final de su vida y hacer que dichas directivas anticipadas se respeten en la medida en que el centro pueda hacerlo, de conformidad con la legislación y los reglamentos. También tiene derecho a revisar o modificar todas las directrices anticipadas.
- No ser objeto de negligencia; explotación; ni abuso verbal, mental, físico y sexual.
- Un entorno que sea seguro, que preserve la dignidad y que contribuya a una imagen personal positiva.
- No ser sometido a ninguna forma de restricción o aislamiento utilizados como medio de conveniencia, disciplina, coacción o represalia; y que se utilice el método menos limitante de restricción o aislamiento solo cuando sea necesario para garantizar la seguridad del paciente.
- Acceder a servicios de protección y defensa, y a recibir una lista de tales grupos si la solicita.
- Recibir los visitantes que usted designe, incluyendo, entre otros, un cónyuge, una pareja de hecho (esto incluye a la pareja de hecho del mismo sexo), otros

Patient Label

Usted tiene derecho a (*continuación de la página 1)*

miembros de la familia o amigos. Usted puede denegar o retirar su consentimiento para recibir a cualquier visitante en cualquier momento. En la medida en que este centro establezca limitaciones o restricciones en cuanto a las visitas, usted tiene derecho a definir la preferencia en cuanto a orden o prioridad para sus visitantes, a fin de cumplir con dichas limitaciones o restricciones.

- No habrá restricción, limitación o, de ningún otro modo, denegación de los privilegios de visitas por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual o discapacidad.
- Informar a cada paciente (o persona de apoyo, según corresponda) sobre sus derechos en cuanto a visitas, incluida cualquier restricción o limitación clínica de tales derechos, antes de brindarle atención al paciente, cuando sea posible.
- Informar a cada paciente (o persona de apoyo, según corresponda) sobre el derecho, sujeto a su consentimiento, a recibir los visitantes que designe, incluyendo, entre otros, un cónyuge, una pareja de hecho (esto incluye a la pareja de hecho del mismo sexo), otros miembros de la familia o amigos, y su derecho a retirar o denegar dicho consentimiento en cualquier momento.
- Revisar y recibir una explicación de la factura por los servicios, sin importar la fuente de pago.
- Garantizar a cada paciente que todos los visitantes gocen de privilegios de visita plenos y equitativos, de acuerdo con las preferencias del paciente.

Usted tiene la responsabilidad de:

- Proporcionar información completa y precisa con respecto a su situación médica actual, sus enfermedades pasadas u hospitalizaciones, y cualquier otro asunto relacionado con su salud.
- Informarles a sus cuidadores si no comprende completamente su plan de atención.
- Seguir las instrucciones del cuidador.
- Cumplir con todas las políticas y procedimientos del centro médico, respetando los derechos de los demás pacientes, los empleados del centro médico y las propiedades de este.

Usted también tiene derecho a:

Presentar una queja ante el estado, ya sea que haya usado el proceso de quejas del hospital o no. Si tiene quejas con respecto a la calidad de su atención, decisiones sobre cobertura o desea apelar un alta prematura, póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) del estado.

☐ Gratuito: (888) 315-0636
TTY: 711
Fax: (844) 878-7921
Correo: Acentra Health
5201 West Kennedy Blvd.
Suite 900
Tampa, FL 33609

Si tiene una queja contra Medicare, puede ponerse en contacto con:

☐ Texas Department of State Health Services
Teléfono: (512) 834-6700
Correo: Texas Department of State
Health Services
P.O. Box 149347
Austin, TX 78714-9347

En cuanto a la resolución de problemas, usted tiene derecho a:

Expresar sus inquietudes acerca de la atención y la seguridad del paciente al personal o la gerencia del centro sin estar sujeto a coerción, discriminación, represalia o interrupción injustificada de la atención; y a ser informado sobre el proceso de resolución de sus inquietudes. Si sus inquietudes y preguntas no pueden ser resueltas a este nivel, póngase en contacto con la agencia de acreditación que se indica a continuación:

☐ La Comisión Conjunta
Teléfono: (800) 994-6610 Fax: (630) 792-5636
Correo electrónico:
patientsafetyreport@jointcommission.org
Correo: Office of Quality and Patient Safety
The Joint Commission
One Renaissance Boulevard
Oakbrook Terrace, IL 60181

El que suscribe certifica que leyó lo indicado arriba, lo comprende, acepta sus términos, recibió una copia del mismo y es el paciente o está debidamente autorizado por este como su agente para firmar lo expuesto arriba.

Firma del paciente o del representante legal			Fecha/Hora
Relación con el paciente		Interpreter, if Utilized	Date/Time
Witness Signature	Date/Time	If Telephone Consent, Second Witness Signature	Date/Time

Patient Label