



PBOR

Aviso de derechos y responsabilidades del paciente

Usted tiene el derecho a:

- Ser tratado de una manera digna y respetuosa y a recibir respuestas razonables a las solicitudes razonables de servicio.
- Una comunicación efectiva que le proporcione información, de forma que usted la comprenda, en su idioma preferido, con prestación de servicios gratuitos de traducción o interpretación y de manera que satisfaga sus necesidades si usted tiene alguna discapacidad de la vista, habla, auditiva o cognitiva. La información debería proporcionarse en términos fáciles de comprender que le permitan formular un consentimiento informado.
- El respeto de sus valores, creencias y preferencias personales y culturales.
- La privacidad personal, privacidad de su información médica y a recibir un aviso de las prácticas de privacidad del hospital.
- El manejo del dolor.
- La adaptación para sus servicios religiosos y otros servicios espirituales.
- Acceder a la información sobre divulgaciones de su información de salud, obtener dicha información y solicitar enmiendas a tal información, de conformidad con la ley y la reglamentación, dentro de un plazo razonable.
- Tener un familiar, amigo u otra persona de apoyo para que esté presente con usted durante su estadía, a menos que la presencia de esa persona infrinja los derechos y la seguridad de otros o esté médicamente contraindicado.
- Los cuidados y servicios se prestan sin discriminación basada en la edad, la raza, el color, la nacionalidad, el origen étnico, el credo, la religión, la cultura, el idioma, la discapacidad física o mental, la posición socioeconómica, el estado civil, el género, la orientación sexual y la identidad o expresión de género.
- Participar en las decisiones sobre su atención, incluso a crear su plan de tratamiento, a planificar su alta y a tener a su familia y médico personal notificados rápidamente de su ingreso.
- Que el hospital les suministre a usted o al sustituto responsable de tomar decisiones la información relativa a los resultados de la atención, el tratamiento y los servicios que necesiten para participar en las decisiones actuales y futuras sobre la atención médica.
- Seleccionar proveedores de productos y servicios para recibirlos después del alta.
- Rechazar la atención, el tratamiento o los servicios de conformidad con la ley y la reglamentación, y a dejar el centro de atención médica en contra del consejo del médico.
- Tener una persona suplente encargada de tomar decisiones para que participe en las decisiones de atención, tratamiento o servicios cuando usted no pueda tomar sus propias decisiones.
- Recibir información sobre los resultados de su atención, tratamiento y servicios, incluso los resultados inesperados.
- Dar o retirar su consentimiento informado en el momento de tomar decisiones sobre su atención, tratamiento o servicios.
- Recibir información sobre los beneficios, los riesgos, y los efectos secundarios de la atención, el tratamiento y los servicios propuestos; la probabilidad de lograr sus objetivos y cualquier problema posible que pudiera ocurrir durante la recuperación posterior a la atención, el tratamiento y el servicio propuestos y cualquier alternativa razonable a la atención, al tratamiento y a los servicios propuestos.
- Dar o negar su consentimiento informado para la producción o el uso de grabaciones, filmaciones o imágenes de usted con cualquier propósito que no sea el de brindarle atención.
- Participar o rechazar participar en estudios, investigaciones y pruebas clínicas sin poner en riesgo su acceso a la atención y a los servicios no relacionados con el estudio.
- Conocer el nombre del médico que tiene la responsabilidad primaria de su atención, tratamiento o servicios y los nombres de los otros médicos que le proporcionan su atención.
- Formular instrucciones anticipadas sobre la atención que recibirá al final de la vida y a que se respeten esas instrucciones anticipadas en la medida de las posibilidades del hospital para hacerlo de conformidad con la ley y la reglamentación. También tiene el derecho de revisar o modificar cualquier instrucción anticipada.
- No sufrir negligencia, explotación ni abuso verbal, mental, físico y sexual.
- Un entorno que sea seguro, que preserve su dignidad y contribuya a una imagen propia positiva.
- No ser víctima de ninguna forma de restricción o reclusión involuntaria utilizada como medio de conveniencia, disciplina, coerción o represalia; y a tener el método de restricción o reclusión menos limitativo, utilizado únicamente cuando sea necesario para garantizar la seguridad del paciente.
- Acceder a servicios de protección y defensa y a recibir una lista de dichos grupos si la solicita.
- Recibir a los visitantes a quienes usted nombre, incluso (entre otros) su cónyuge, una pareja (incluso una pareja del mismo sexo), otro familiar o un amigo. Usted puede

Patient Rights and Responsibilities

ADM-1901GS-AR Page 1 of 2
04/11 (Rev. 07/14, 03/16, 01/17, 08/17, 11/17, 09/18, 06/19, 12/20)

Patient Label

Tiene derecho a: (continuación de la página 1)

denegar o retirar su consentimiento para recibir a cualquier visitante en cualquier momento. Hasta donde el hospital ponga limitaciones o restricciones sobre las visitas, usted tiene derecho a establecer preferencias en el orden o prioridad de sus visitantes para satisfacer esas limitaciones o restricciones.

- Examinar y recibir una explicación de la factura de servicios, independientemente de la fuente de pago.

Tiene la responsabilidad de:

- Proporcionar información exacta y completa relacionada con su afección médica actual, sus enfermedades u hospitalizaciones anteriores y cualquier otro asunto relacionado con su salud.
- Indicarles a los proveedores de atención si no comprende en su totalidad su plan de atención.
- Seguir las instrucciones de los proveedores de atención.
- Seguir todas las políticas y los procedimientos del centro médico al mismo tiempo que considera los derechos de otros pacientes, los empleados y la propiedad del centro médico.

También tiene el derecho a:

Reportar una inquietud ante el estado, ya sea que haya utilizado el proceso de quejas del hospital o no. Si tiene problemas relacionados con la calidad de su atención, las decisiones de la cobertura o si quiere apelar una dada de alta prematura, contacte a la Organización Estatal de Mejora de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés).

- Quality Improvement Organization

Teléfono: (216) 477-9604
 Gratuito: (888) 315-0636
 Fax: (833) 868-4060
 Correo: KEPRO
 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900
 Tampa, FL 33609

Si tiene una queja de Medicare puede contactar:

- Arkansas Department of Health
 Teléfono: (501) 661-2201 • Fax: (501) 661-2165
 Correo: Arkansas Department of Health
 5800 West Tenth Street, Suite 400
 Little Rock, AR 72204

En relación con la resolución de problemas, usted tiene derecho a:

Expresar sus preocupaciones sobre la atención y la seguridad de los pacientes al personal o a la gerencia del centro de atención médica, sin ser sujeto a coacción, discriminación, represalias o a la interrupción inaceptable de atención y a estar informado sobre el proceso de resolución de sus preocupaciones. Si sus preocupaciones y preguntas no se pueden resolver a este nivel, comuníquese con la agencia de acreditación que se indica a continuación:

Las inquietudes sobre la seguridad del paciente se pueden informar a The Joint Commission:

- Sitio web: www.jointcommission.org usando el enlace "Report a Patient Safety Event" (Informar un evento de seguridad del paciente) en el "Action Center" (Centro de acción) de la página de inicio del sitio web
- Por correo electrónico a: patientsafetyreport@jointcommission.org
- Por teléfono al: (800) 994-6610
- Por fax al: (630) 792-5636
- Por correo postal a: Office of Quality and Patient Safety
 The Joint Commission
 One Renaissance Boulevard
 Oakbrook Terrace, IL 60181

El suscrito certifica que ha leído lo anterior, que comprende y acepta las condiciones, que ha recibido una copia de este documento y que es el paciente o la persona debidamente autorizada por el paciente como su apoderado para llevar a cabo lo arriba mencionado.

Firma del Paciente/Guardián/Representante Autorizado Legalmente		Fecha/Hora
Relación con el Paciente	Intérprete y Número, si se utiliza	Fecha/Hora
Firma del Testigo		Fecha/Hora

Patient Rights and Responsibilities

ADM-1901GS-AR Page 2 of 2
04/11 (Rev. 07/14, 03/16, 01/17, 08/17, 11/17, 09/18, 06/19, 12/20)

Patient Label