



PBOR

Aviso de derechos y responsabilidades del paciente

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Ser tratado de manera digna y respetuosa y a recibir respuestas razonables ante solicitudes de servicio razonables.
- Una comunicación eficaz que proporcione información de manera que usted comprenda, en el idioma de su preferencia, con disposiciones de servicio de interpretación, servicios de traducción o asistencia auditiva sin costo alguno y de manera que cubra sus necesidades en caso de presentar impedimentos cognitivos, visuales, auditivos o del habla o una capacidad limitada para leer, escribir, hablar o comprender el idioma inglés.
- La información debe proporcionarse en términos fáciles de comprender que le permitan expresar su consentimiento informado.
- Información sobre cómo obtener estos servicios y asistencia auditiva gratis.
- Cuidados o servicios proporcionados sin discriminación basada en el género, la edad, la raza, el color, el origen étnico, la religión, el país de origen, la cultura, el idioma, discapacidad física o mental, la posición socioeconómica, la orientación sexual y la identidad o expresión de género.
- Información sobre la disponibilidad del procedimiento de quejas y cómo presentar una queja de acuerdo con §92.7 (b), la identificación y la información de contacto del empleado responsable designado de acuerdo con §92.7 (a) y cómo presentar una queja de discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés).
- Discutir cualquier inquietud sobre discriminación con el funcionario de Cumplimiento de la Institución.
- Respeto por su cultura y sus valores, creencias y preferencias personales.
- La privacidad personal, la privacidad de su información médica y a recibir un aviso de las prácticas privadas de la institución.
- Manejo del dolor.
- Recibir servicios religiosos y otros servicios espirituales.
- Acceder, solicitar la modificación de y obtener información acerca de la divulgación de su información médica, de acuerdo con las leyes y los reglamentos y dentro de un plazo razonable de tiempo.
- Que un miembro de su familia, amigo u otra persona de apoyo esté con usted durante 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 salud, incluyendo la creación de su plan de tratamiento, la planificación del alta y la rápida notificación de su admisión a su familia y a su médico personal.
- 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 retirar su consentimiento informado para grabaciones, filmaciones u obtención de imágenes suyas para cualquier propósito distinto a su 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.
- Que no se le someta a ninguna forma de restricción ni aislamiento que se utilice como medio de ventaja, disciplina, coacción o represalias y a utilizar el método más leve de restricción o aislamiento solamente cuando sea necesario o 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

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.

- Informar a cada paciente (o persona de apoyo, según corresponda) sobre sus derechos de recibir visitas, incluida cualquier restricción o limitación clínicas de tales derechos, antes de brindarle atención al paciente, cuando sea posible.
- Informar a cada paciente (o persona de apoyo, según corresponda) del derecho, sujeto a su consentimiento, a recibir a las visitas que dicho paciente designe, incluyendo, entre otros, un cónyuge, una pareja de hecho (incluidas las parejas de hecho del mismo sexo), otro miembro de la familia o un amigo, y su derecho a retirar o negar el consentimiento en cualquier momento.
- No restringir, limitar ni negar de ninguna manera los privilegios de visita por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual o discapacidad.
- Informar a cada paciente que todos los visitantes disfrutan de privilegios de visita plenos e iguales de acuerdo con las preferencias del paciente.
- 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
Gratuito: (855) 937-2242
TTY: 711
Fax: (844) 878-7921
Correo: Acentra Health
5201 West Kennedy Blvd.
Suite 900
Tampa, FL 33609

Si tiene una queja de Medicare puede contactar:

- ☐ Department for Public Health
Teléfono: (502) 564-3970
Correo: Department for Public Health
275 East Main Street
Frankfort, KY 40621

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:

- ☐ The Joint Commission
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 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		Hora
Firma del Testigo	Fecha	Hora	Si es Consentimiento por teléfono/verbal, Firma de Segundo Testigo	Hora

Patient Rights and Responsibilities

QHC-ADM-1901GSHMS-KY Page 2 of 2
04/11 (Rev. 07/14, 03/16, 03/17, 06/19, 11/20, 11/24, 12/25)

Patient Label