



## 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.
- Que se le proporcionen atención o servicios sin discriminación con base en la edad, raza, origen étnico, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, nivel socioeconómico, sexo, orientación sexual e 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.
- 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 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.

- 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: (813) 280-8256  
 Gratuito: (855) 408-8557  
 Fax: (844) 834-7130

Correo: KEPRO  
 5201 W. Kennedy Blvd.  
 Suite 900  
 Tampa, FL 33609

Si tiene una queja de Medicare puede contactar:

- Indiana State Department of Health

Teléfono: (317) 233-1325

Correo: Indiana State Department of Health  
 2 N Meridian Street  
 Indianapolis, IN 46204

**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: [complaint@jointcommission.org](mailto:complaint@jointcommission.org)

Correo: Office of Quality Monitoring/  
 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	Si es Consentimiento por teléfono/verbal, Firma de Segundo Testigo	Fecha	Hora

**Patient Rights and Responsibilities**

ADM-1901GSHMS-IN

Page 2 of 2

04/11 (Rev. 08/12, 07/13, 03/14, 07/14)

Patient Label