

## **Derechos del paciente y notificación sobre el derecho de propiedad del médico**

COMO PACIENTE DEL MEADOW LANE SURGERY CENTER TIENE DERECHO A RECIBIR LA INFORMACIÓN QUE SE INCLUYE A CONTINUACIÓN CON ANTERIORIDAD A LA FECHA EN QUE SE REALICE SU PROCEDIMIENTO.

### **DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE:**

TODOS LOS PACIENTES TIENEN DERECHO A RECIBIR UN TRATO DIGNO Y A QUE SE RESPETEN SUS DERECHOS. EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO Y EL PERSONAL MÉDICO RESPETAN LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES QUE SE MENCIONAN A CONTINUACIÓN:

### **DERECHOS DEL PACIENTE:**

- Recibir tratamiento sin que se les discrimine por motivo de raza, color, religión, condición sexual, nacionalidad, discapacidad u origen de su pago.
- Recibir un trato respetuoso, considerado y digno cuando se les brinda atención, tratamiento, se les realizan procedimientos, cirugías y/o se les proporcionan servicios.
- Gozar de privacidad y seguridad, en lo que respecta a ellos mismos y a sus pertenencias, durante la administración de servicios de atención al paciente.
- Recibir información por parte de su médico acerca de su enfermedad, el desarrollo de su tratamiento y sus posibilidades de recuperación en términos que puedan comprender.
- Recibir toda la información acerca de cualquier tratamiento o procedimiento propuestos que necesiten a fin prestar consentimiento informado antes del comienzo de cualquier procedimiento o tratamiento.
- Cuando proporcionar información de esa índole a un paciente no sea aconsejable desde el punto de vista médico, la información se proporciona a una persona designada por el paciente, o a una persona legalmente autorizada que puede recibirla.
- Tomar decisiones acerca de la atención de la salud que el médico recomiende. Por consiguiente, el paciente puede aceptar o rechazar cualquier tratamiento médico recomendado. Si se rechaza el tratamiento, el paciente tiene derecho a recibir información acerca del efecto que esto puede tener en su salud, y la razón por la cual el paciente rechaza el tratamiento debe informarse al médico y documentarse en el registro médico.
- No ser sometido a abuso mental o físico, explotación ni al uso de elementos de sujeción. No deben utilizarse fármacos ni otros medicamentos para aplicar medidas disciplinarias a los pacientes ni para la comodidad del personal del establecimiento.
- Gozar de total privacidad en cuanto a sus programas de atención médica. El análisis de los casos, las consultas, los exámenes y el tratamiento son confidenciales, y deben realizarse en forma discreta.

- Recibir un trato confidencial con respecto a todas las comunicaciones y todos los registros relacionados con su atención y su estadía en el establecimiento. Se debe obtener su permiso por escrito antes de que sus registros médicos puedan ponerse a disposición de cualquier persona no relacionada directamente con su atención. El establecimiento ha dispuesto políticas que regulan el acceso a los registros de los pacientes y la realización de copias.
- Abandonar el establecimiento incluso cuando su médico aconseje lo contrario.
- Recibir atención con una continuidad razonable y saber, con anticipación, la hora y el lugar de las citas y quiénes serán los médicos que proporcionarán la atención.
- Recibir información, por parte del médico o un delegado de su médico, sobre los requisitos para la continuidad de la atención de la salud después de su alta del establecimiento.
- Conocer la identidad y la condición profesional de las personas que les proporcionan servicios, y conocer el nombre del médico que es responsable, en primer lugar, de la coordinación de su atención.
- Saber qué normas y políticas de la instalación se aplican a su comportamiento mientras sean pacientes.
- Solicitar que todos los derechos del paciente se apliquen a la persona que tiene la responsabilidad legal de tomar decisiones sobre la atención médica en nombre del paciente. Todos los integrantes del personal deben respetar los derechos del paciente.
- Recibir información acerca de cualquier investigación, o de cualquier tratamiento o fármaco experimentales y negarse a participar en las investigaciones que se realicen sin que esto comprometa la atención habitual del paciente. Debe obtenerse el consentimiento escrito del paciente para la participación en investigaciones y debe conservarse en los registros del paciente.
- Examinar y recibir una explicación sobre su factura, independientemente del origen del pago.
- Recibir una evaluación y un control del dolor apropiados.

### **Si necesita un traductor**

Si necesita un traductor, **infórmenoslo**, y designaremos un traductor para que le asista. Si conoce a alguna persona que pueda traducir información confidencial, médica y financiera para usted, pídale que le acompañe el día en que se realice su procedimiento.

### **Derechos del paciente y respeto por los bienes y las personas**

#### ***El paciente tiene derecho a:***

- Ejercer sus derechos sin que se le discrimine ni se le aplique represalias.
- Presentar quejas con respecto al tratamiento o la atención que se proporciona o que no se proporciona.

- Recibir información detallada acerca del tratamiento o el procedimiento y del resultado previsto antes de su realización.
- La confidencialidad de la información médica personal.

### **Privacidad y Seguridad**

#### ***El paciente tiene derecho a:***

- La privacidad personal
- Recibir atención en un entorno seguro
- No ser sometido a ninguna forma de abuso o acoso

### **Directivas anticipadas**

#### ***Tiene derecho a recibir información sobre la política del centro en cuanto a las Directivas anticipadas.***

No se respetarán Directivas anticipadas dentro del centro. En el caso de que surja un evento que represente un riesgo para su vida, se llevarán a cabo procedimientos médicos de emergencia. Se estabilizará a los pacientes y se los transferirá a un hospital, donde el médico y los familiares determinarán si se continuará con las medidas de emergencia o si se las da por finalizadas.

Si el paciente o el representante del paciente desean que se respeten sus Directivas anticipadas, se le ofrecerá atención al paciente en otro establecimiento que lleve a cabo este tipo de prácticas.

Si lo solicita, se le proporcionará un formulario de Directivas anticipadas oficial del estado.

### **Presentación e investigación de quejas**

Tiene derecho a que sus quejas se presenten en forma oral o escrita, a que se investiguen y a recibir una notificación por escrito donde conste la decisión del Centro.

A continuación, se incluyen las personas y/o los organismos con quienes puede comunicarse:

**Sandy Windham, Administrator**  
**Meadow Lane Surgery Center**  
**5652 Meadow Lane**  
**New Port Richey, Florida 34652**  
**727-847-7522 Phone**  
**727-845-8912 Fax**

**Puede comunicarse con su representante del estado para informar una queja:**

Agency for Health Care Administration  
Consumer Assistance Unit  
2727 Mahan Drive, Building 1  
Tallahassee, Florida 32308  
1-888-419-3456 Press 1

**Sitio web del estado:**

<http://www.ahca.myflorida.com>

**Derechos del paciente y notificación sobre el derecho de propiedad del médico      página 4**

Sitios donde se mencionan las direcciones y los números de teléfono de los organismos reguladores:

**Sitio web del Ombudsman de Medicare:** [www.medicare.gov/Ombudsman/resources.asp](http://www.medicare.gov/Ombudsman/resources.asp)

**Medicare:** [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

**Oficina del Inspector general:** <http://oig.hhs.gov>

**Participación financiera y derecho de propiedad del médico**

El centro es, en parte, propiedad de médicos. Es posible que el (los) médico(s) que le remitió (remitieron) a este centro y que le realizará(n) su(s) procedimiento(s) tenga(n) una participación financiera y un derecho de propiedad en relación con este centro. Los pacientes tienen derecho a recibir tratamiento en otro establecimiento de atención de la salud que elijan. Revelamos esta información de conformidad con las reglamentaciones federales.

**Al firmar a continuación, usted o su representante legal reconocen que se le ha proporcionado esta información (en forma oral y escrita), que la ha leído y que la comprende, con anterioridad a la fecha en que se realice su procedimiento y que ha decidido que su procedimiento se realice en este centro.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o del Representante legal del paciente

Fecha \_\_\_\_\_

***TRAIGA ESTE FORMULARIO EL DÍA EN QUE SE REALICE SU PROCEDIMIENTO***

**Label for Medical Records**