

6.06 DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

Política:

En Bluegrass Community Health Center (BCHC) nos comprometemos a dar atención de alta calidad que sea justa, responsable y con capacidad de respuesta ante las necesidades de nuestros pacientes y sus familias. Estamos comprometidos a dar a nuestros pacientes y sus familias la oportunidad de recibir la atención médica adecuada. Fomentamos que todos nuestros pacientes sepan sobre sus derechos y responsabilidades, y que tomen un papel activo en el mantenimiento y la mejora de su salud, y en el fortalecimiento de sus relaciones con nuestros proveedores de atención médica.

Recomendamos a todo aquel que tenga preguntas o preocupaciones sobre nuestra “Declaración de derechos y responsabilidades” que se comunique con el director de cumplimiento o la persona designada para que lo ayuden.

TODOS LOS PACIENTES TIENEN DERECHO A:

- Recibir atención considerada y respetuosa independientemente de su sexo, edad, raza, religión, color, discapacidad, país de origen u orientación sexual o cualquier otra característica personal, incluyendo la fuente principal de pago por su atención;
- Que lo traten teniendo en cuenta sus necesidades emocionales, espirituales y culturales;
- Estar totalmente informado de los servicios que están disponibles en BCHC, incluyendo la atención después de horario y de emergencia, y las tarifas de todos los servicios;
- Esperar una continuidad razonable de la atención y tener un proveedor médico que sea responsable de coordinar su atención;
- Pedir una segunda opinión cuando lo crea necesario;
- Saber los nombres y puestos de las personas que participan en su atención mediante una etiqueta oficial con su nombre o una presentación personal;
- Pedir ayuda, como una silla de ruedas o un intérprete, que facilite la obtención de atención médica;
- Recibir la información necesaria sobre su salud y sus condiciones médicas de una manera que pueda entender para participar en las decisiones sobre su atención y dar su consentimiento informado antes de que se haga cualquier diagnóstico o procedimiento terapéutico;
- Participar por completo en el proceso de toma de decisiones sobre su atención. Podrán participar de este sus padres, tutores, familiares, compañeros de unión civil u otras personas que elija;
- Rechazar un tratamiento recomendado, en la medida en que lo permita la ley, y que lo informen de los riesgos asociados a negarse a recibir el tratamiento;
- Esperar que se mantenga la confidencialidad de su expediente médico. Para obtener más información sobre su derecho a la privacidad, revise minuciosamente sus declaraciones de la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico, HIPAA) y el Aviso de privacidad;
- Preguntar y recibir una explicación por cualquier cargo que BCHC haga, incluso si los cubre un seguro;
- Completar una directiva anticipada. Avise a su proveedor de atención médica si usted está interesado en obtener más información sobre las directivas anticipadas;
- Expresar todas las quejas o preocupaciones al Departamento de Cumplimiento o a los empleados de BCHC correspondientes.

CADA PACIENTE ES RESPONSABLE DE:

- Llegar a horario a las citas programadas. Avisarnos si va a llegar tarde. Si llega tarde, no podemos garantizar su cita. Llámenos con al menos 24 horas de antelación si necesita cancelarla o reprogramarla;
- Avisarnos con al menos 48 horas de antelación cuando usted o un familiar necesite medicamentos o una receta;
- Seguir todas las normas y los reglamentos publicados por BCHC;
- Hablar y comportarse con respeto con el personal del centro de salud y los demás pacientes;
- Respetar la privacidad y confidencialidad de otros pacientes;
- Apagar los celulares en las áreas clínicas;
- Darnos toda la información necesaria para que podamos mantener un archivo preciso de usted. Esto incluirá informar de cualquier cambio en su dirección, número de teléfono, estado de las directivas anticipadas y, si es necesario, estado financiero;
- Pagar sus facturas en el momento del servicio, incluyendo los copagos y deducibles. Si tiene dificultades para cumplir esta obligación, comuníquese con nosotros para organizar un plan de pago;
- Dar información honesta y completa sobre sus preocupaciones de salud, historia médica pasada, medicamentos y cambios inesperados en su condición de salud para que podamos darle el más alto nivel de atención;
- Darnos expedientes médicos anteriores cuando lo pidamos;
- Hacer preguntas si no entiende la explicación de su enfermedad o las indicaciones que le demos;
- Hacer un plan de tratamiento con su cuidador y seguirlo lo mejor que pueda. Sea honesto sobre lo que pudo (o no pudo) hacer cuando lo atiendan en la consulta de seguimiento. Si no puede seguir un plan de tratamiento, haremos todo lo posible para ayudarlo a averiguar el motivo y cambiar el plan o corregir el problema si es posible;
- Supervisar a los niños que estén bajo su cuidado.
- **Tenga en cuenta:** Hacer declaraciones ofensivas, intimidantes o de acoso, o amenazas de violencia podría derivar en que tenga que irse del consultorio. Si lo expulsan de alguno de nuestros consultorios, lo considerarán expulsado de todos nuestros consultorios de BCHC.

Como parte de nuestro contrato con usted, nos comprometemos a:

- Darle un tratamiento ético a cargo de proveedores de atención médica calificados y comprensivos;
- Prestar servicios que estén disponibles para usted cuando los necesite;
- Dar cobertura de emergencia y disponibilidad de un proveedor de guardia las 24 horas del día, los 7 días de la semana llamando al número de nuestro consultorio. Cuando el consultorio esté cerrado, el proveedor podrá atenderlo por teléfono;
- Darle ayuda económica según una escala de tarifas variables. Esto dependerá de sus ingresos;
- Explicarle su factura por los servicios de manera confidencial y detallada;
- Participar en cualquier medida para garantizar la seguridad del paciente en todo momento.

Fechas de revisión: 7/11/11; ASW, DA 1/24/16; 8/21/16; 1/18/18; 4/17/20; 8/6/20; 8/1/22
Fechas de revisión: SF 7/11/11; BC 8/21/16; 1/18/18; 4/17/20
Aprobación de la Junta: 9/26/11; 9/26/16; 2/26/18; 4/27/20

Reconocimiento de la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente

Yo, el empleado que firma abajo, por el presente reconozco que recibí una copia de la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente de **Bluegrass Community Health Center**.

Con fecha del _____ día de _____, 20_____.

Firma del empleado

Nombre en letra de molde