

Except where medically contraindicated, these rights apply to all adults, neonates, children, and adolescents treated at HonorHealth outpatient/physician office facilities and their parents and/or guardians.

You Have the Right...

- To access treatment regardless of race, color, gender identity or expression, sexual orientation, national origin, disability, diagnosis, religion, age, marital status, socio-economic status, or use of illegal drugs.
- To designate a surrogate decision maker to exercise the rights you have given them to act on your behalf in accordance with state and federal laws.
- To considerate and respectful care and to expect a reasonable response to your requests.
- To reasonably expect, complete and current information concerning your condition from staff members responsible for your care and welfare.
- To know by name and specialty, if any, the staff members responsible for your care.
- To know the relationship(s) of the facility to other persons or organizations participating in the provision of your care.
- To reasonable consideration of your privacy and to be treated with respect and full recognition of your dignity, individuality, and reasonable cultural and religious needs, choices, strengths, and obstacles.
- To expect reasonable safety insofar as the clinic practices and environment are concerned.
- To be free from all forms of abuse, assault, harassment, manipulation, coercion, neglect, or exploitation of a sexual nature or otherwise.
- To be free from retaliation for submitting a complaint.
- To be free from misappropriation of personal and private property by a personnel member, employee, volunteer, or student.
- To consent to photographs and digital monitoring, as appropriate to document specific care or to assist in my care (example, but not limited to: an open wound, or monitoring of a waiting room). I understand that photos will be stored in a confidential and secured manner and that I may view and/or obtain copies. I understand that I, or my designated other, will be informed if photos are indicated and that I may refuse to have photos taken. I understand that photos will not be released without my written authorization.
- To expect reasonable continuity of care and to know in advance the time and location of appointments as well as the identity of the person(s) providing the care.
- To be reasonably informed, prior to or at the time of your visit, of medical and/or ancillary services available at the facility and the related charges.
- To receive information about a transfer to another doctor, unit, or facility before it happens.
- To examine and receive an explanation of the bill, regardless of the source of payment.
- To be informed of the source of the facility reimbursement for your services, and of any limitations which may be placed upon your care.
- To be afforded the opportunity to consent or refuse treatment, to participate in planning and implementing your treatment program. To refuse care, treatment, or services in accordance with law and regulation, including but not limited to experimental research.
- For HonorHealth to maintain the confidentiality of your clinical record.
- To the release of your medical or financial records upon written request.
- To access information contained within your medical record, in accordance with facility policy.
- To appropriate assessment, prevention, and management of your pain and to receive information about pain and pain relief measures.
- To be informed, when appropriate, about the outcomes of care, including unanticipated outcomes.
- To request consultation at your expense or to request an in-house review of your treatment plan.
- To receive a referral to another health care institution if the outpatient treatment center is not authorized or not able to provide physical health services or behavioral health services needed by the patient.
- To have your rights explained to you in a language you understand.
- To reasonable resources to facilitate communications.
- To have an advance directive (Living Will, Healthcare Proxy, Durable Power of Attorney for Healthcare, or DNR order/identification) and for facility staff and practitioners to be aware of those directives.
- (Except in emergency) To be informed of alternatives to proposed psychotropic medication or surgical procedure and associated risks and possible complications of the proposed psychotropic medical or surgical procedure.

You Have the Responsibility...

- To be honest about matters that relate to you as a patient.
- To make an effort to understand your health care needs and ask your physician or other member of the health-care team for information relating to your treatment.
- To provide staff with accurate and complete information about present complaints, past illnesses, hospitalizations, medications, and other matters pertaining to your health.
- To report any unexpected changes in your condition or symptoms, including pain.
- To follow the care, service or treatment plan developed and report any perceived risks in your care.
- To understand the consequences of the treatment alternatives and not following your plan of care.
- To inform staff of your pain management needs.
- To be considerate and respectful of the rights of both fellow patients and staff.
- To honor the confidentiality and privacy of other patients.
- To follow the facility rules and regulations concerning patient care and conduct.
- To comply with our tobacco/smoke-free environment policy.
- To be considerate of the facilities' property.
- To assure that the financial obligations of your healthcare are fulfilled as promptly as possible.

Potential Conflict of Rights

Where any person raises a concern that remains unresolved regarding a divergence of opinion regarding the rights or treatment of a neonate, child, or adolescent patient and the rights of their parents and/or guardians, the facility shall consult with the Arizona Department of Child Safety to ensure that the minor's rights are protected.

How to File a Complaint

Any patient or patient's representative who has a concern regarding their visit to this facility is encouraged to contact the Practice Manager or onsite leadership within 7 days of their visit.

Ethics

Any patient or family member who has a concern of an ethical nature, is encouraged to speak with the Provider or Practice Manager, or onsite leadership at this facility.

Reasonable Accommodation

HonorHealth will make reasonable accommodations for any person with a disability in compliance with the Arizonans with Disability Act and federal civil rights laws.

I have received a copy and understand the HonorHealth Bill of Rights and Responsibilities.

A excepción de cuando esté médicamente contraindicado, estos derechos son aplicables a todos los adultos, neonatos (recién nacidos), niños y adolescentes que reciban tratamiento en las instalaciones de servicios ambulatorios/consultorios médicos de HonorHealth, así como a sus padres y/o tutores.

Usted tiene derecho a...

- Obtener acceso a tratamiento sin importar raza, color, identidad o expresión de género, orientación sexual, nacionalidad de origen, discapacidad, diagnóstico, religión, edad, estado civil, nivel socioeconómico o consumo de drogas ilícitas.
- Designar a un sustituto que ejerza los derechos que usted le conceda para que actúe en su representación de acuerdo con las leyes estatales y federales.
- Que le brinden atención considerada y respetuosa y esperar respuestas razonables a sus peticiones.
- Tener la expectativa de que, recibirá información completa y actualizada relacionada con su condición por parte de los empleados responsables de su atención médica y bienestar.
- Conocer a los empleados responsables de su atención por nombre y especialidad, si la tienen.
- Conocer la(s) relación(es) del lugar de atención con otras personas u organizaciones que participan en la provisión de su atención.
- Que de manera razonable consideren su privacidad, y se le trate con respeto y reconocimiento total de su dignidad, individualidad, y en lo prudente, de sus necesidades culturales y religiosas, elecciones, fortalezas y obstáculos.
- Tener la expectativa en la medida que sea razonable, exista seguridad en las prácticas y el entorno de la clínica.
- Mantenerse libre de todas las formas de maltrato, asalto, acoso, manipulación, extorsión, negligencia o explotación de naturaleza sexual o de otra forma.
- Mantenerse libre de represalias por presentar una queja.
- Mantenerse libre de la apropiación indebida de pertenencias personales y privadas por parte de algún miembro del personal, empleado, voluntario o estudiante.
- Otorgar consentimiento a la toma de fotografías y monitoreo digital de manera apropiada para documentar la atención específica o para asistir en la atención médica (por ejemplo, pero sin limitarse a: una herida abierta, o el monitoreo en la sala de espera). Entiende que las fotografías se almacenarán de manera confidencial y segura y que podrá ver y/u obtener copias. Entiende que se a usted, o la persona que designe, se le informará si las fotografías son necesarias y que puede rehusarse a que se tomen. Entiende que las fotografías no se liberarán sin su autorización por escrito.
- Esperar continuidad razonable en su atención médica y a conocer por adelantado la hora y ubicación de las citas y programa de tarifas, así como la identidad de la(s) persona(s) que le proporcionarán atención.
- Que de manera razonable se le informe antes de, o en el momento de su visita, de los servicios médicos y/o auxiliares disponibles en las instalaciones y/o los cargos relacionados con tales servicios.
- Recibir información sobre una transferencia a otro doctor, unidad o centro antes de que ésta suceda.
- Revisar y a recibir una explicación de la cuenta del hospital sin importar la fuente de procedencia del pago.
- Que se le informe de la fuente de reembolso del lugar de atención por los servicios prestados y de cualquier límite que pudiera imponerse a su atención.
- Que se le brinde a usted o a su representante la oportunidad de participar en la planeación e implementación de su programa de tratamiento y en el plan del alta; a rehusarse a recibir atención, tratamiento o servicios de acuerdo con la ley y sus regulaciones, incluyendo, pero sin limitarse, la investigación experimental.
- Que HonorHealth mantenga la confidencialidad de su expediente clínico.
- Que se liberen sus expedientes médicos o financieros mediante su solicitud por escrito.
- Tener acceso a la información contenida en su expediente médico en conformidad con las políticas del lugar de atención.
- Que se evalúe, prevenga y controle su dolor de manera apropiada y a recibir información sobre el mismo y las medidas para tratarlo.
- Que se le informe, cuando sea apropiado, sobre los resultados de su atención médica, incluyendo los resultados no anticipados.
- Solicitar consultas médicas cubiertas por usted mismo o solicitar la revisión interna de su plan de tratamiento.
- Recibir una remisión a otra institución de atención médica si el centro de tratamiento ambulatorio no está autorizado o no puede ofrecer servicios de salud física o servicios de salud conductual que el paciente necesite.
- Que sus derechos y obligaciones se le expliquen en un idioma que usted entienda.
- Contar con recursos razonables para facilitar la comunicación.
- Contar con voluntades anticipadas (testamento vital, poder para atención médica, poder legal duradero para la atención médica, u orden/identificación de no resucitar [DNR por sus siglas en inglés]), y a que el personal y los profesionales médicos de las instalaciones estén enterados de estas voluntades.
- (Excepto en casos de emergencia) Que se le informen las alternativas al medicamento o procedimiento quirúrgico psicotrópico propuesto y los riesgos asociados y posibles complicaciones del procedimiento médico o quirúrgico psicotrópico propuesto.

Usted tiene la responsabilidad de...

- Ser honesto sobre los asuntos que se relacionen con usted como paciente.
- Hacer un esfuerzo por entender sus necesidades médicas y preguntar a su médico u otro miembro de su equipo de atención médica la información relacionada con su tratamiento.
- Proporcionar al personal información completa y precisa sobre sus padecimientos presentes, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otras cuestiones relacionadas con su salud.
- Reportar cualquier cambio inesperado en su condición o síntomas, incluyendo dolor.
- Seguir el plan de atención, servicio o tratamiento que se haya desarrollado para usted y reportar cualquier riesgo que perciba durante su atención médica.
- Entender las consecuencias del tratamiento alternativo y de no seguir el plan de atención médica.
- Informar al personal sobre sus necesidades referentes al control del dolor.
- Respetar y ser considerado de los derechos de los otros pacientes y del personal.
- Respetar la confidencialidad y la privacidad de otros pacientes.
- Cumplir con las reglas y regulaciones del lugar de atención referentes a la atención del paciente y a la conducta.
- Cumplir con nuestra política de mantener un ambiente de no consumo de tabaco/no fumar.
- Ser respetuoso con lo que es propiedad del hospital.
- Asegurarse de que las obligaciones financieras de su atención médica se ejecuten lo más pronto posible.

Conflicto potencial de derechos

En el caso de que alguna persona plantee algún asunto que no se haya resuelto, relacionado con alguna diferencia de opiniones respecto a los derechos o tratamiento de un neonato, niño, o adolescente y los derechos de sus padres y/o tutores legales, el lugar de atención deberá consultar con el Arizona Department of Child Safety (Departamento de Seguridad Infantil de Arizona) para asegurar que se protejan los derechos del menor.

Cómo presentar una queja

Todo paciente o representante del paciente que tenga una queja respecto a su visita a esta instalación se le alienta a comunicarse con el gerente o la persona encargada de este sitio dentro de los 7 días a partir de su visita.

Ética

A cualquier paciente o familiar que tenga alguna inquietud de naturaleza ética se le alienta hablar con el proveedor, el gerente o la persona encargada de esta instalación.

Adaptaciones razonables

HonorHealth hará adaptaciones razonables para cualquier persona con una discapacidad de conformidad con la Ley de Arizonenses con Discapacidades y las leyes federales de derechos civiles.

He recibido una copia de la Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente de HonorHealth y entiendo su contenido.

Firma del paciente o de la persona responsable

Fecha