

Declaración de los Derechos y Responsabilidades del Paciente

A excepción de cuando esté médicamente contraindicado, estos derechos son aplicables a todos los adultos, neonatos, 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...

1. Recibir un trato justo y equitativo, libre de parcialidades y prejuicios sin importar raza, color, género, identidad o expresión de género, orientación sexual, nacionalidad de origen, discapacidad, diagnóstico, religión, edad, estado civil, nivel socioeconómico, o consumo de drogas ilícitas.
2. 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.
3. Que le brinden atención considerada y respetuosa y esperar respuestas razonables a sus peticiones.
4. Tener la expectativa de que, de manera razonable, recibirá información completa y actualizada relacionada con su condición por parte de los empleados responsables de su atención médica y bienestar.
5. Conocer a los empleados responsables de su atención por nombre y especialidad médica, si la tienen.
6. Conocer la(s) relación(es) del lugar de atención médica con otras personas u organizaciones que participan en la provisión de su atención.
7. 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.
8. Tener la expectativa en la medida que sea razonable, exista seguridad en las prácticas y el entorno del lugar de atención médica.
9. Mantenerse libre de todas las formas de maltrato, agresión, acoso, manipulación, extorsión, negligencia o explotación de naturaleza sexual o de otra forma.
10. Mantenerse libre de represalias por presentar una queja ante el Arizona Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud de Arizona) (el departamento) u otra entidad.
11. Mantenerse libre de la apropiación indebida de pertenencias personales y privadas por parte de algún miembro del personal, empleado, voluntario o estudiante.
12. Mantenerse libre de restricciones y aislamiento de cualquier forma que no sea médicamente necesaria o que se utilice como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia por parte del personal.
13. Esperar continuidad razonable en su atención médica y a conocer por adelantado la hora y ubicación de las citas, así como la identidad de la(s) persona(s) que le proporcionará(n) la atención.
14. Que de manera razonable se le informe antes de, o en el momento de su ingreso y durante su estancia, de los servicios médicos y/o auxiliares disponibles en HonorHealth y/o los costos relacionados con tales servicios.
15. Revisar y recibir una explicación de la cuenta sin importar la fuente de procedencia del pago.
16. Que se le informe de la fuente de reembolso por parte del lugar de atención médica por los servicios prestados y de cualquier límite que pudiera imponerse a su atención.
17. Que se le brinde a usted o a su representante la oportunidad de participar en el desarrollo o la toma de decisiones sobre el tratamiento y la planificación del alta, de rehusarse a recibir atención, tratamiento o servicios a medida en que la ley lo permita, incluyendo, pero sin limitarse a, la investigación experimental o la educación.
18. Otorgar consentimiento a la toma de fotografías y monitoreo digital de manera apropiada para documentar la atención específica o para asistir en la atención (por ejemplo, pero sin limitarse a: una herida abierta o el monitoreo de 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 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.
19. Que HonorHealth mantenga la confidencialidad de su expediente clínico.
20. Tener acceso a la información contenida en su expediente médico en conformidad con las políticas del lugar de atención médica.
21. Que se notifique lo antes posible a un familiar o representante y a su(s) propio(s) médico(s), de su ingreso al centro de atención médica.
22. Recibir información sobre cualquier transferencia a otro médico, unidad o centro de atención médica antes de que ésta suceda.
23. Que se evalúe, prevenga y controle su dolor de manera apropiada y a recibir información sobre el mismo y las medidas para tratarlo.
24. Que se le informe, cuando sea apropiado, sobre los resultados de su atención médica, incluyendo los resultados no anticipados.
25. Recibir llamadas y visitas, incluyendo de su cónyuge, pareja, familiares y amigos. En cualquier momento usted puede retirar o negar su permiso de recibir llamadas y visitas.
26. Recibir una explicación detallada si se impone alguna restricción a sus visitas, correo o conversaciones telefónicas. De otra manera, a las visitas no se les restringe, limita o niega el privilegio de visitar a pacientes en base a su raza, color, nacionalidad de origen, religión, género, identidad de género, orientación sexual o discapacidad.
27. Solicitar consultas médicas por cuenta propia o solicitar la revisión interna de su plan de tratamiento.
28. Recibir una remisión a otra institución de atención médica si el lugar de atención médica no está autorizado o no puede ofrecer los servicios de salud física o servicios de salud conductual que el paciente necesite.
29. Que sus derechos se le expliquen en un idioma que usted entienda.
30. Contar con recursos razonables para facilitar la comunicación.
31. 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 estén enterados de estas voluntades.
32. Que se le informe (excepto en casos de emergencia) sobre las alternativas, los riesgos asociados y las posibles complicaciones del uso de medicamentos psicotrópicos o procedimiento(s) quirúrgico(s) propuestos.



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.
- Proporcionar a HonorHealth una copia de sus voluntades anticipadas, si cuenta con alguna.
- Llegar a tiempo a cualquier cita o notificarnos lo antes posible si no podrá acudir a su cita.
- 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 de los tratamientos alternativos 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 médica referentes a la atención y a la conducta del paciente.
- Cumplir con nuestra política de mantener un ambiente libre de tabaco/humo.
- Ser respetuoso con lo que es propiedad del lugar de atención médica.
- Asegurarse de que las obligaciones financieras de su atención médica se ejecuten lo más pronto posible.

Conflicto potencial de derechos

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

Ética

A cualquier paciente o familiar que tenga alguna inquietud de naturaleza ética se le alienta discutirla primero con el médico. La enfermera/el enfermero del paciente también puede responder a sus inquietudes y/o solicitarle una consulta ante el Ethics Committee (Comité de cuestiones éticas).

Quejas

Tiene derecho a presentar una denuncia o queja con respecto a su atención o tratamiento. Tras recibir su queja, confirmaremos haberla recibido y le proporcionaremos una fecha estimada para una respuesta definitiva.

Se puede comunicar con nosotros de las siguientes maneras:

- Hable con un miembro de su equipo de atención en el momento que surja su inquietud. Si no pueden ayudarle, solicite hablar con el/la jefe de enfermeros o el gerente a cargo .
- Si se trata de alguna inquietud sobre facturación, llame a Honorhealth Patient Financial Services (Servicios financieros para pacientes de HonorHealth) al 480-882-5207.
- Comuníquese con nosotros al 623-580-5800.
- Sitio web: www.honorhealth.com/contact-us
- Envíe su queja a través de MyChart.
- Correo electrónico: patientrelations@honorhealth.com
- Escriba a HonorHealth Patient Financial Services, 2500 W. Utopia Rd. Suite 100, Phoenix, AZ 85027
- Línea de ayuda telefónica para los servicios de TTY/TDD 711
- Arizona Relay Services TTY 1-800-367-8939

Tiene derecho de presentar una queja fuera de HonorHealth:

- Puede presentar una queja ante el Arizona Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud de Arizona) a: Arizona Department of Health Services, Medical Facilities Licensing, 150 N. 18th Avenue, 4th Floor, Suite 450, Phoenix, AZ 85007, teléfono 602-364-3030, enviar en línea: <https://azdhs.gov>.
- Puede presentar una queja referente a derechos civiles ante la U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos).

He recibido una copia de la Declaración de los Derechos y Responsabilidades del Paciente de HonorHealth y entiendo su contenido, incluyendo los derechos de visita.

Firma del paciente o de la persona designada por el paciente

Fecha