**Texas Health**

Surgery Center

BEDFORD

SCA observa y respeta los derechos y responsabilidades de un paciente independientemente de su edad, raza, color, sexo, origen nacional, religión, cultura, discapacidad física o mental, valores personales o sistemas de creencia.

Usted tiene el derecho a:

* Una atención considerada, respetuosa y digna, y al respeto por los valores, creencias y preferencias personales.
* El acceso a tratamiento independientemente de la raza, etnicidad, origen nacional, color, credo/religión, sexo, edad, discapacidad mental o discapacidad física. Todas las determinaciones de tratamiento basadas en la condición física o diagnóstico de una persona se harán con base en evidencia médica y capacidad de tratamiento.
* El respeto a la privacidad personal.
* Recibir atención en un ambiente seguro.
* Ejercer sus derechos sin estar sujeto a discriminación o represalia.
* Conocer la identidad de las personas que le brindan atención, tratamiento o servicios y, cuando lo solicite, ser informado acerca de las credenciales de los proveedores de atención médica y, cuando corresponda, la falta de cobertura por mala praxis.
* Esperar que el centro divulgue, cuando corresponda, intereses financieros de los médicos o participación como propietarios del centro.
* Recibir asistencia al solicitar un cambio de médicos de atención primaria o especialistas, dentistas o proveedores de anestesia si existe la disponibilidad de otros médicos, dentistas o proveedores de anestesia calificados.
* Recibir información sobre la condición de su salud, diagnóstico, la prognosis esperada y resultados esperados de la atención médica, en términos que puedan ser comprendidos, previo a que se realice un tratamiento o procedimiento.
* Recibir información sobre resultados imprevistos de la atención.
* Recibir información del médico sobre cualquier tratamiento o procedimiento propuesto según sea necesario para poder dar o retener el consentimiento informado.
* Participar en las decisiones sobre atención, tratamiento o servicios planificados y rehusarse a la atención, tratamiento o servicios, de conformidad con la ley y los reglamentos.
* Ser informado, o cuando corresponda, que su representante sea informado (según lo permitido por las leyes estatales) acerca de sus derechos con anticipación a la prestación o descontinuación de los cuidados al paciente siempre que sea posible.
* Recibir información de una manera personalizada a un nivel que pueda comprender, incluyendo el que se le brinde asistencia de interpretación o dispositivos de asistencia interpretativa.
* Involucrar a su familia en la las decisiones sobre atención, tratamiento o servicios en la medida que usted o su representante sustituto lo permita, de conformidad con las leyes y reglamentos.
* La evaluación apropiada y manejo de dolor, información sobre dolor, medidas para aliviar dolor y participación en las decisiones sobre manejo de dolor.
* Dar o retener su consentimiento informado para la producción o uso de grabaciones, películas u otras imágenes para propósitos distintos a la atención médica, y solicitar el cese de la producción de las grabaciones, películas o demás imágenes en cualquier momento.
* Ser informado sobre experimentación humana u otros proyectos de investigación/ educación que afecten la atención o tratamiento, y permitir o rechazar los mismos.
* La confidencialidad en toda la información relativa a la atención y estadía en el centro, incluyendo historial médico y, excepto cuando la ley requiera algo distinto, el derecho de aprobar o rechazar la divulgación de sus registros médicos.
* El acceso a su historial médico y/o copias de su historial médico dentro de un marco de tiempo razonable y la habilidad de solicitar modificaciones a sus registros médicos.
* Obtener información sobre divulgaciones de información médica dentro de un marco de tiempo razonable.
* Contar con una declaración de voluntades anticipadas, como un testamento vital o poder vitalicio para atención médica, y ser informado sobre la política del centro relacionada con las declaraciones de voluntades anticipadas/testamento vital. Esperar que el centro le proporcione el formulario oficial del estado para voluntades anticipadas si lo solicita y cuando proceda.
* Obtener información concerniente a los honorarios por servicios prestados y las políticas de pago del centro.
* Estar libre de cualquier forma de restricción que no sea médicamente necesaria o sea usada como un medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia por parte del personal.
* Estar libre de toda forma de abuso o acoso.
* Esperar que el centro establezca un proceso para la pronta resolución de quejas de los pacientes e informar a cada paciente con quien debe comunicarse para presentar una queja. Las quejas/reclamos y sugerencias relacionadas con tratamiento o atención prestada (o fallas en la prestación de los mismos) pueden ser presentadas en cualquier momento. Pueden presentarse quejas directamente ante la agencia estatal usando la información de contacto proporcionada aquí más adelante.

**Si a través de una corte de jurisdicción apropiada se declara incompetente a un paciente en virtud de las leyes aplicables del Estado, los derechos del paciente serán ejercidos por la persona nombrada de conformidad con las leyes del Estado para actuar en nombre del paciente.**

**Si un paciente no ha sido declarado incompetente por alguna corte estatal, cualquier representante legal o sustituto designado por el paciente de conformidad con las leyes del Estado puede ejercer los derechos del paciente en la medida permitida por dichas leyes.**

Usted es responsable de:

* Ser considerado con los demás pacientes y el personal, y colaborar con el control de ruido, fumar y otras distracciones.
* Respetar las pertenencias de otros y del centro.
* Identificar problemas para la seguridad de los pacientes.
* Observar las normas prescritas por el centro durante su estadía y tratamiento.
* Proveer un adulto responsable para transportarlo de su casa al centro y permanecer con usted durante 24 horas de serle requerido por su proveedor de atención médica.
* Informar si comprende con claridad el curso planificado para su tratamiento y lo que se espera de usted, y hacer preguntas cuando no comprenda algo sobre su atención médica, tratamiento, servicio o lo que se espera de usted.
* Cumplir con sus citas y, cuando no pueda hacerlo por alguna razón, notificar al centro y al médico.
* Proporcionar a las personas que lo cuidan la información más exacta y completa en relación con molestias actuales, hospitalizaciones y enfermedades pasadas, medicamentos—incluyendo productos de venta sin receta y suplementos dietéticos, y alergias o sensibilidades, cambios inesperados en su condición o cualquier otro asunto sobre salud del paciente.
* Cumplir sin demora con sus obligaciones financieras hacia el centro, incluyendo cargos no cubiertos por el seguro.
* Pagar al centro las copias de registros médicos solicitadas por usted.
* Informar a sus proveedores sobre cualquier testamento vital, poder notarial sobre atención médica u otras declaraciones de voluntades anticipadas que pudieran afectar la atención médica que se le brinde.

**Para expresar inquietudes, quejas o reclamos, puede comunicarse con las siguientes entidades:**

|  |  |
| --- | --- |
| CENTRO | SHEEBA KURIAKOSE, ADMINISTRADOR  682-503-8940 |
| AGENCIA ESTATAL | Texas Department of State Health Services-  Patient Quality Care Unit  Atención: Paula More  MC-1979 P.O. Box 149347  Austin, Texas 78714-9347  Correo Electrónico: [hfc.complaints@dshs.state.tx.us](mailto:hfc.complaints@dshs.state.tx.us)  Fax: 512-834-6650 Tel: 888-973-0022 Ext: 2613 |
| MEDICARE | OFFICE OF THE MEDICARE BENEFICIARY OMBUDSMAN  (OFICINA DEL PROCURADOR DE BENEFICIARIOS DE MEDICARE)  [www.medicare.gov/claims-and-appeals/medicare-rights/get-help/ombudsman.html](http://www.medicare.gov/claims-and-appeals/medicare-rights/get-help/ombudsman.html) |
| ENTIDAD ACREDITADORA | The Joint Commission Office of Quality Monitoring  One Renaissance Boulevard  Oakbrook Terrace, Illinois 60181  800-994-6610 Correo electrónico: [complaint@jointcommission.org](mailto:complaint@jointcommission.org) |