

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	NOMBRE LEGAL		APELLIDOS:		NOMBRE DE PILA:		FECHA DE NACIMIENTO:		Nº DE SEGURO SOCIAL:		
	NOMBRE PREFERIDO (si es distinto que el nombre legal)		APELLIDOS:		NOMBRE DE PILA:		SEXO: ☐ Masculino ☐ Femenino		IDENTIDAD DE GÉNERO: ☐ masculino ☐ hombre trans ☐ mujer trans ☐ femenina ☐ otra		
	DIRECCIÓN:		Nº DE APTO:		CIUDAD:		ESTADO:		CÓDIGO POSTAL:		
	Nº DE TELÉFONO FIJO:		Nº DE TELÉFONO MÓVIL:		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:						
	CONTACTO DE EMERGENCIA:				RELACIÓN:			Nº DE TELÉFONO:			
	ESTADO CIVIL: ☐ soltero/a ☐ casado/a ☐ viudo/a ☐ divorciado/a ☐ separado/a		EMPLEO: ☐ jornada complete ☐ jornada parcial ☐ desempleado/a ☐ jubilado/a		ESTUDIANTE: ☐ tiempo complete ☐ tiempo parcial ☐ no soy estudiante		ORIENTACIÓN SEXUAL: ☐ heterosexual ☐ gay/lesbiana ☐ bisexual ☐ otra ☐ opto por no revelar				
	RAZA: ☐ indígena americana/native alaskaña ☐ asiática ☐ negra/afroamericana ☐ blanca ☐ isleña pacífica				GRUPO ÉTNICO: Es usted hispano/a? ☐ sí ☐ no		IDIOMA: ☐ inglés ☐ español ☐ otro: _____		¿Es usted veterano/a de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? ☐ sí ☐ no		
	¿Dónde se quedó anoche? (por favor marque una respuesta): ☐ habitación/apartamento/casa alquilada o propia ☐ calle/carro/parque/etcétera ☐ hogar grupal o do acogida temporal ☐ alojamiento de apoyo permanente ☐ casa de medio camino ☐ albergue ☐ en la habitación/apartamento/casa de un amigo o pariente ☐ instalación de tratamiento para la drogadicción ☐ cárcel/prisión/centro de detención para juveniles ☐ otra: _____								¿Está sin hogar actualmente? ☐ sí ☐ no		
	¿Tiene una directriz anticipada para la atención médica? ☐ sí ☐ no				Si no, ¿está interesado/a en aprender más? ☐ sí ☐ no						
	Modo de comunicación preferido: ☐ teléfono ☐ mensaje de texto ☐ correo ☐ correo electrónico ☐ no tengo preferencia										
Como una instalación financiada con fondos federales, estamos obligados a reportar datos sobre el tamaño y el ingreso familiares.		Número de personas residentes en el hogar: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10+			Ingreso familiar (incluir todos los familiares): \$ _____ ☐ semanal ☐ quincenal ☐ mensual ☐ anual						
¿Cómo se enteró de nosotros? ☐ por mi cuenta ☐ amigo ☐ Internet ☐ Carson Valley ☐ CCC#2 ☐ CCC#4 ☐ CHANCES ☐ Coleman Hall ☐ FIR ☐ Gaudenzia ☐ Interim House Inc. ☐ Interim House West ☐ Kintock Group ☐ Nationalities Service Center ☐ otro: _____											
INFORMACIÓN DEL SEGURO	NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO:					Nº DE PÓLIZA:					
	NOMBRE TITULAR DE LA PÓLIZA:			Nº GRUPAL:			FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:				
	RELACIÓN AL PACIENTE:			FECHA DE NACIMIENTO:			Nº DE SEGURIDAD SOCIAL:				
	NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO:					Nº DE PÓLIZA:					
	NOMBRE TITULAR DE LA PÓLIZA:			Nº GRUPAL:			FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:				
	RELACIÓN AL PACIENTE:			FECHA DE NACIMIENTO:			Nº DE SEGURIDAD SOCIAL:				

NOMBRE DEL PACIENTE Y FECHA DE NACIMIENTO		
APELLIDOS		NOMBRE DE PILA
		FECHA DE NACIMIENTO
Por medio del presente, doy permiso al personal de la Red de Salud de la PHMC a prestar servicios evaluativos y de intervención, según sean necesarios, para ayudar en el tratamiento de trastornos de salud mental y/o del abuso de drogas. El proveedor de servicios médicos me ha explicado completamente el criterio para la admisión, intervención, conclusión de tratamiento y el alta. Entiendo que, con la ayuda del proveedor, desarrollaré un plan / contrato de tratamiento, lo cual servirá como base de mi participación y aceptación de servicios, mientras que sea un paciente de la Red de Salud de la PHMC. Entiendo que los proveedores de nivel medio, como los médicos asociados y las enfermeras autorizadas a expender recetas, podrían participar en mi tratamiento. Voluntariamente solicito servicios médicos, de planificación familiar o de salud mental a través de la agencia y solicito que le presten terapia, pruebas de laboratorio, exámenes, tratamiento o anticoncepción a mí o mi niño. Si tengo menos de 18 años de edad, entiendo que los servicios de planificación familiar son gratuitos. Entiendo que tendré la oportunidad de resolver todas mis preguntas. Entiendo que mi firma aplica en la información de elegibilidad y la declaración general. Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare o de seguro se entregue de parte mía a la Red de Salud de la PHMC, por cualquier servicio prestado por ese proveedor de salud. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí, o cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por servicios relacionados, a divulgarla a la Administración para el Financiamiento de la Atención Sanitaria y/u otra compañía de seguros y sus agentes. Entiendo que soy responsable del pago de mi tratamiento y mi cuidado, y que estoy obligado a presentar la información de seguro más correcta y actualizada. Me responsabilizaré por cualquier recargo si la información que presente no esté correcta o actualizada. Entiendo que soy responsable del pago de copagos, seguros compartidos, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos no cubiertos por mi seguro. Entiendo que el pago se debe al momento del servicio, pagadero por efectivo, por cheque o por tarjeta de crédito / débito. Por medio del presente, autorizo a la Red de Salud de la PHMC a hacerme un chequeo de anticuerpos VIH, a menos que yo indique lo contrario. Entiendo que los resultados positivos de enfermedades de transmisión sexual u otras enfermedades contagiosas serán comunicados a agencias de salud pública, conforme a la ley. Consiento al uso y divulgación de mi información médica personal, tal como se ha descrito en la Notificación de Prácticas de Privacidad, para el tratamiento, la facturación y las operaciones. Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, excepto en caso de que la Red de Salud de la PHMC ha usado o divulgado anteriormente mi información médica personal protegida de acuerdo con este consentimiento.		
CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE		
Mi firma y mis iniciales en este formulario certifican que yo he leído, entendido y aceptado las estipulaciones de este consentimiento para servicios; reconozco que he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad y la Carta de Derechos del Paciente.		
FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR LEGAL / REPRESENTANTE DEL PACIENTE		INICIALES
RELACIÓN AL PACIENTE / TUTOR LEGAL / REPRESENTANTE DEL PACIENTE ☐ UNO MISMO ☐ OTRA:		FECHA
INTÉRPRETE / TRADUCTOR		
He leído y traducido exactamente y totalmente el documento más arriba en el idioma materno del paciente, tutor legal del paciente o representante del paciente. Este paciente entendió todos los términos y condiciones y reconoció su acuerdo y consentimiento a ellos con firmar el documento en mi presencia.		
FIRMA DEL INTÉRPRETE / TRADUCTOR		INICIALES
NOMBRE DEL INTÉRPRETE / TRADUCTOR		FECHA

FORMULARIO PARA DETERMINAR HONORARIOS

Por favor rellene esta hoja completamente, la cual nos ayudará a evaluar su situación económica para determinar si califica para una escala proporcional de precios descontados. Tenga en cuenta que toda la información recopilada será confidencial y no saldrá de esta oficina.

Para nosotros poder evaluar su situación económica con precisión debe presentar pruebas de ingreso de todos los individuos empleados que residen en su hogar. Éstas pueden ser por lo menos dos recibos de sueldo por cada persona empleada que reside en el hogar, la(s) declaración(es) del impuesto sobre ingreso personal del año pasado por cada residente, o una carta del empleador (o compañero de trabajo, si la paga es por debajo de la mesa) con la paga semanal, la verificación del subsidio por incapacidad laboral, verificación de empleo, etcétera.

APELLIDOS		NOMBRE DE PILA		FECHA DE NACIMIENTO	
Soy un paciente o el padre / tutor legal de un paciente que está a punto de ser atendido por la clínica de salud de la PHMC, y declaro mi ingreso familiar de la siguiente forma:					
Número de personas que residen en el hogar: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10		Ingreso familiar bruto: \$ _____ ☐ semanal ☐ quincenal ☐ mensual ☐ anual		Fuentes de ingreso familiar: ☐ empleo regular ☐ beneficios sociales ☐ por debajo de la mesa ☐ seguro social ☐ compensación al trabajador ☐ desempleo ☐ pensión ☐ otra: _____	
Entiendo que este formulario cumple los requisitos de verificación para solo esta visita y que debo traer pruebas de ingreso conmigo en la próxima visita con el propósito de verificarlos en la clínica de salud de la PHMC. Con firmar este formulario, estoy consciente de que estoy entregando esta información con el único propósito de determinar el precio, según la escala proporcional de precios descontados de la clínica. Si no traigo pruebas de ingreso conmigo en la próxima visita, entiendo que la clínica me considerará responsable de pagar el precio total por cualquier servicio prestado.					
FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR LEGAL				FECHA	
NOMBRE DEL PACIENTE / TUTOR LEGAL EN LETRA DE IMPRENTA					

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Esta notificación describe cómo su información médica protegida puede ser usada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a su información médica protegida. Por favor revísela con atención.

I. Introducción

Esta notificación describe las prácticas de privacidad de la Corporación para la Administración de Salud Pública (PHMC, *Public Health Management Corporation*). Nosotros en la PHMC estamos obligados por ley a mantener la privacidad de información médica protegida y a entregarle a usted esta notificación que describe nuestras prácticas de privacidad. La protección de la privacidad y la confidencialidad de información sobre nuestros pacientes es muy importante para la PHMC. Por consiguiente, nos esforzamos en cumplir cada una de las siguientes prácticas en todo lo que hacemos:

La información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) quiere decir la información médica individualmente identificable, según la define la Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) creada o recibida por la PHMC y que se relaciona con la condición física o mental anterior, presente o futura de un individuo; la prestación de servicios de atención sanitaria a un individuo; o la facturación anterior, presente o futura por la prestación de servicios de atención sanitaria a un individuo; y que identifica al individuo o donde hay una base razonable para creer que la información se pueda usar para identificar al individuo.

II. Cómo podríamos usar y divulgar la información médica protegida – tratamiento, facturación, operaciones y servicios prestados

Estamos permitidos u obligados a usar y/o divulgar su información médica por varios motivos. Las siguientes categorías describen las distintas maneras que podríamos usar y/o divulgar la PHI. Sin embargo, con la excepción de emergencias u otras circunstancias especiales, le pediremos que firme una autorización, conforme a la ley de Pennsylvania, para que podamos usar y/o divulgar su PHI por los motivos descritos más abajo:

A. Tratamiento:

Con su consentimiento, podríamos usar y/o divulgar su PHI para poder asegurar que a usted le presten los servicios de atención sanitaria correctos y necesarios. Por ejemplo, podríamos divulgar su información médica a otro proveedor de atención sanitaria participante en su tratamiento, o al cual lo estén refiriendo para servicios sanitarios adicionales. Además, podríamos comunicarnos con usted para programar citas o entregarle información sobre otras alternativas de tratamiento. También podríamos divulgar la PHI a otros proveedores (p. ej. trabajadores sociales, terapeutas, enfermeras y otros proveedores de servicios / atención sanitaria).

B. Facturación:

Podríamos usar y/o divulgar su PHI para poder obtener pago por el tratamiento y/u otros servicios que le hemos prestado. Por ejemplo, para solicitar pago de su aseguradora de salud o para recibir fondos para el tratamiento y/o servicios prestados a usted por la PHMC.

C. Operaciones:

Podríamos usar y/o divulgar su PHI para nuestras operaciones internas. Las operaciones se definen como las actividades necesarias para operar nuestras oficinas, mantener la licenciatura y la acreditación, obtener fondos para asegurar que nuestros pacientes reciban atención y/o servicios de calidad. Por ejemplo, podríamos usar su PHI para revisar la calidad del tratamiento / los servicios prestados a usted, y/o el tratamiento y los servicios coordinados para usted.

D. Socios de negocio / servicios / proveedores de tratamiento:

Algunos aspectos y componentes de los servicios que la PHMC ofrece son proporcionados por contratos con proveedores y/u organizaciones exteriores. Un ejemplo de un proveedor y/o una organización exterior sería una entidad que ha sido contratada por la PHMC para proporcionarle tratamiento y/o servicios necesarios.

1. Intercambio de información de salud:

- PHMC participa con una o más redes seguras de organización de información de salud (cada una, una "HIO"), incluida una HIO llamada "HealthShare Exchange de Southeastern Pennsylvania, Inc. ("HSX")", que hace posible que PHMC comparta su salud Información electrónica a través de una red conectada segura.
- PHMC puede compartir o revelar su información de salud a HSX y otros HIO seguros, incluidos los HIO contratados por el Commonwealth de Pennsylvania, e incluso los HIO en otros estados.
- Otros proveedores de atención médica, incluidos médicos, hospitales y otros centros de atención médica, que también están conectados a la misma red de HIO con la que PHMC, pueden acceder a su información médica para tratamiento, pago y otros propósitos autorizados, en la medida en que lo permita la ley.
- Usted tiene el derecho de "excluirse" o negarse a participar en que PHMC comparta su información de salud a través de HIO en red.
- Si opta por no participar en el intercambio de datos a través de HIO, PHMC ya no compartirá su información de salud a través de una red HIO, sin embargo, no impedirá la forma en que se accede y se publica su información a personas autorizadas de acuerdo con la ley, incluyendo la transmisión a través de otros mecanismos seguros (es decir, por fax o una tecnología equivalente).

III. Otros usos y divulgación de su PHI, conforme a la ley:

Podríamos usar y/o divulgar su PHI por cualquier motivo requerido por ley. Por ejemplo, la PHMC podría ser obligada por la ley federal, estatal o local a usar o divulgar su PHI para responder a una orden judicial o a divulgar la PHI a las autoridades apropiadas por motivos de justicia criminal.

A. Agencias de supervisión gubernamental:

Podríamos usar y/o divulgar su PHI – si está autorizado por la ley – a una agencia de supervisión gubernamental que esté efectuando una auditoría, una investigación o un proceso judicial civil o criminal. Por ejemplo, al Departamento de Beneficios Sociales, que lleva a cabo auditorías de pagos de asistencia médica por servicios prestados.

B. Prevención de violencia:

Si creemos que usted es un víctima o perpetrador de abuso, negligencia o violencia doméstica, podríamos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental, incluso a una agencia de servicios sociales o servicios protectores, autorizada a recibir declaraciones de abuso, negligencia o violencia doméstica.

C. Actividades de salud pública:

Podríamos usar y/o divulgar alguna PHI para las iniciativas de salud pública, tales como el seguimiento de enfermedades, lesiones y muertes, y para las investigaciones de salud pública. También podríamos divulgar su PHI a los médicos forenses y/o directores de funeraria, de acuerdo con la ley.

D. Evitación de una amenaza grave para la salud o seguridad pública:

Podríamos usar y/o divulgar PHI sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y su seguridad o las del público u otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación solo sería a una agencia o persona capaz de prevenir la amenaza.

E. Motivos militares:

Podríamos usar y/o divulgar su PHI si usted es miembro de las fuerzas armadas, según éstas requieren por ley, y también podríamos divulgar su PHI para otras funciones gubernamentales especializadas, tales como la seguridad nacional o actividades de inteligencia.

F. Indemnización laboral:

Podríamos usar y/o divulgar su PHI a agencias de indemnización laboral o programas parecidos que ofrecen beneficios por sufrir accidentes o enfermedades laborales en el trabajo, conforme a y permitido por la ley.

G. Secretario del Departamento de Salud y Servicios Sociales:

Divulgaremos su PHI, si lo requiere la ley, al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Sociales para conformar con la Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud.

IV. Usos y divulgaciones que requieren su autorización:

Información altamente confidencial

Las leyes federales y estatales requieren protecciones de privacidad especiales para cierta información altamente confidencial sobre usted. Esto incluye la PHI:

1. Reunida en notas de psicoterapia;
2. Que documenta los servicios de salud mental y discapacidades del desarrollo;
3. Sobre el abuso, la prevención, el tratamiento y las derivaciones asociadas con el alcohol y las drogas;
4. Relacionada con las pruebas para SIDA / VIH, el diagnóstico o el tratamiento de otras enfermedades de transmisión sexual.

En general, tenemos que obtener su autorización escrita para divulgar este tipo de información. Sin embargo, hay circunstancias limitadas conforme a la ley donde esta información podría ser divulgada sin su consentimiento. Por ejemplo, ciertas enfermedades de transición sexual tienen que ser declaradas al Departamento de Salud.

V. Sus derechos sobre su información médica protegida

A. Derecho a registrar y hacer copias de su información médica protegida

Podría solicitar ver y recibir copias de su historial médico / expediente de tratamiento, servicios o facturación. Para hacerlo, por favor entregue una solicitud por escrito a la oficina o programa apropiado de la PHMC.

B. Derecho a solicitar una modificación

Tiene el derecho a solicitar que modifiquemos la PHI sobre usted. Para solicitar una modificación, su solicitud tiene que ser por escrito y entregada a nuestra oficina. Tiene que declarar en su solicitud por qué cree usted que la PHI está incorrecta o incompleta. No estamos obligados a hacer las modificaciones solicitadas, pero consideraremos cada solicitud cuidadosamente. Si le negamos su solicitud, tiene el derecho a entregarnos una breve declaración a ser archivada con su PHI, o adjuntar su solicitud por una modificación a su PHI.

C. Derecho a un informe de divulgaciones:

Tiene el derecho a solicitar un informe de ciertas divulgaciones de su PHI. Su solicitud puede cubrir cualquier divulgación hecha en los últimos seis años antes de la fecha de su solicitud, pero no estamos obligados a darle el informe de una divulgación que sucedió antes del 14 de abril de 2003.

D. Derecho a solicitar una restricción:

Tiene el derecho a solicitar restricciones adicionales sobre el uso y la divulgación de su PHI. Por ejemplo, puede solicitar que no divulguemos su PHI a su cónyuge. Su solicitud debe describir en detalle la restricción que está solicitando. La ley HIPAA no nos obliga a cumplir su petición, pero admitiremos solicitudes razonables cuando sean apropiadas.

E. Derecho a solicitar la comunicación confidencial:

Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su PHI de cierto modo o en un cierto lugar. Por ejemplo, puede solicitar que solo lo contactemos en el trabajo o por correo. Su solicitud debe especificar cómo o cuándo desea que nos comuniquemos con usted. Para solicitar la comunicación confidencial, debe entregar su solicitud por escrito a nuestra oficina. No le pediremos la razón por su solicitud, y admitiremos todas las solicitudes razonables.

F. Para más información / quejas:

Si desea más información sobre sus derechos a la privacidad, si sus derechos fueron violados o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos con respecto al acceso a su PHI, puede escribirle a nuestro Agente de Privacidad a:

Privacy Officer
Public Health Management Corporation
Division of Total Quality Management
Centre Square East
1500 Market Street, Suite 1500
Philadelphia, PA 19102

Además, también puede entregar una queja por escrito al Director de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE.UU. El Agente de Privacidad le dará la dirección correcta a pedido.

VI. Fecha de entrada en vigor y duración de esta notificación

A. Fecha de entrada en vigor

Esta notificación entra en vigor a partir del 14 de abril de 2003; revisado el 21 de septiembre de 2017

B. Derecho a cambiar esta notificación

Podríamos cambiar las condiciones de esta notificación en cualquier momento. Si revisamos esta notificación, publicaremos la revisión en línea en www.phmc.org. También puede obtener una revisión con ponerse en contacto con la Oficina de Privacidad.

X

X

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

ASUNTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

La **Red de Salud de la PHMC** está comprometida con su participación en las decisiones sobre su tratamiento. Como un paciente, usted tiene el derecho a hacer preguntas y hallar respuestas sobre el atención clínica recomendada por cualquiera de nuestros profesionales de salud, incluso a discontinuar el tratamiento. Le rogamos seguir las instrucciones de nuestros prestadores de servicios médicos, pero si tiene cualquier duda o preocupación, o si duda el tratamiento prescrito por nuestros prestadores, por favor pida por cualquier aclaración que necesite.

Derechos del paciente

- **Tiene el derecho al tratamiento con respeto**, prestado por profesionales competentes que consideran sus sistemas de valores y creencias personales y que le asignan un gran valor a su comodidad y dignidad.
- **Tiene el derecho a saber cuáles políticas y reglamentos** le aplican a usted como paciente.
- **Tiene el derecho a esperar procedimientos de emergencia** prestados sin retraso innecesario.
- **Tiene el derecho al tratamiento de buena calidad y altos criterios profesionales** mantenidos y revisados continuamente.
- **Tiene el derecho a esperar que se apliquen buenas técnicas de gerencia** en esta instalación de atención sanitaria, lo cual respeta su tiempo y evita su incomodidad personal.
- **Tiene el derecho a servicios médicos y de enfermería** sin discriminación por motivos de raza, color, religión, género, orientación sexual, discapacidad, nacionalidad o fuente de pago.
- **Tiene el derecho a la evaluación y el control apropiados del dolor.**
- **Tiene el derecho, en colaboración con su prestador de servicios médicos, a tomar decisiones** con respecto a su tratamiento. Este derecho se aplica a la familia y/o el tutor legal de recién nacidos, niños y adolescentes.
- **Aunque esta instalación de atención sanitaria reconoce su derecho a participar en su atención y tratamiento** a la mayor medida posible, hay algunos instantes cuando no podrá hacerlo. En estas situaciones (p. ej. si lo han declarado incompetente según la ley, si su prestador de servicios lo encuentra incapaz de entender médicamente el tratamiento o procedimientos propuestos, es incapaz de comunicar sus deseos acerca del tratamiento o es un menor no emancipado) sus derechos serán ejercidos a la medida permitida por ley por su representante designado u otra persona legalmente designada.
- **Tiene el derecho a tomar decisiones** sobre la suspensión de servicios de resucitación o la negación o suspensión del tratamiento de soporte vital dentro de los límites de la ley.
- **Tiene el derecho, a petición, a saber los nombres** y estatus profesional de todo el personal de atención sanitaria, incluso los estudiantes de medicina, u otros residentes, que tienen contacto directo con usted durante su tratamiento en nuestra clínica.
- **Tiene el derecho a la consideración de privacidad en cada instante** con respecto a su programa de atención médica. La discusión de caso, la consultación, la examinación y el tratamiento se consideran confidenciales y deben realizarse discretamente, con ofrecer privacidad visual y auditorías razonables cuando sea posible. Esto incluye el derecho, si lo solicita, a tener alguien presente durante los chequeos físicos, tratamientos o procedimientos, siempre y cuando no interfieran con los procedimientos o tratamientos diagnósticos.
- **Tiene el derecho a la atención médica en un ambiente seguro, y libre de todas formas de abuso y acoso.**
- **Tiene el derecho a exigir que toda la información**, incluso su expediente, relacionada con su tratamiento se considere confidencial, excepto cuando se divulga por ley o un acuerdo contractual con asesores externos.
- **Tiene el derecho a estar libre de la restricción física y o el aislamiento no médicamente necesarios o usados como medios de coacción, disciplina, conveniencia o represalia de parte del personal administrativo.**
- **Tiene el derecho a exigir que su historial médico** solo lo lean los individuos directamente relacionados con su tratamiento, responsables de seguir la calidad de su tratamiento o autorizados por ley o reglamento. Usted o su representante legal designado, a petición, tendrá acceso a toda la información contenida en su historial médico, únicamente que el acceso esté específicamente restringido por su prestador de servicios por motivos médicos.
- **Tiene el derecho a que se comuniquen con usted** de manera clara, sucinta y comprensible. Si usted no habla inglés, debe tener acceso, cuando sea posible, a un intérprete.
- **Tiene el derecho a información completa** en lenguaje llano, sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, incluso la información sobre tratamientos alternativos y posibles complicaciones. Cuando no sea médicamente aconsejable que tal información se le entregue, la información se le entregará de parte suya a su representante legal designado.
- Excepto para las emergencias, su prestador de servicios médicos debe obtener el **consentimiento informado** necesario antes del comienzo de cualquier procedimiento o tratamiento, o ambos.
- **Tiene el derecho a acceder servicios de protección.**

- **Tiene el derecho a no participar** en ningún programa experimental, de investigación o financiado por donantes, o actividades educativas, únicamente que usted, o su representante legal designado, ha dado su consentimiento informado antes de la actual participación en tal programa. Usted o su representante legal designado puede, en cualquier momento, negarse a continuar en tal tipo de programa donde dio su consentimiento informado anteriormente.
- **Tiene el derecho a aceptar atención médica o rehusar** cualquier droga, tratamiento o procedimiento ofrecidos por la clínica, hasta la medida permitida por ley, y un profesional de salud le informará sobre las consecuencias médicas de tal rechazo.
- **Tiene el derecho a participar en la consideración de asuntos éticos** relacionados con su tratamiento, dentro de la infraestructura establecida por esta organización para considerar tales asuntos.
- **Tiene el derecho a desarrollar un documento de “voluntades anticipadas”**, o designar a alguien a tomar decisiones médicas de parte suya. Estas decisiones serán respetadas por esta clínica y sus profesionales de salud dentro de los límites de la ley y los objetivos, valores y filosofía de esta organización. Si corresponde, usted es responsable de entregar una copia de sus “voluntades anticipadas” a la clínica o el prestador de servicios.
- **No está obligado a tener o a desarrollar un documento de “voluntades anticipadas”** para que lo atiendan y traten en esta clínica.
- **Tiene el derecho a que lo ayuden a programar una consulta** con otro médico, a su petición y costo.
- **Tiene el derecho a información y consejería completas**, según la disponibilidad de **recursos financieros** para nuestra atención sanitaria, si sea apropiado.
- **Tiene el derecho a esperar** que su prestador de servicios le entregue información sobre **requisitos o instrucciones para la atención sanitaria continuada** después de su cita.
- **No le pueden negar el derecho a acceder** un individuo o una agencia autorizada a actuar de parte suya para afirmar o proteger los derechos enumerados en esta sección.
- **La información sobre sus derechos** como paciente se le entregará a petición y será expuesta visiblemente con facilidad en cada visita suya a esta clínica.
- **Tiene el derecho, sin represalia, a expresar sus quejas** acerca de su tratamiento, a que consideren esas quejas y, cuando sea posible, a que las resuelvan.
- Si usted o un familiar piensa que una queja o un reclamo queda sin resolver a través del proceso de la Red de Salud de la PHMC, también tiene el derecho a ponerse en contacto con:

Division of Acute and Ambulatory Care

PA Department of Health

P.O. Box 90

Health and Welfare Building

Harrisburg, PA 17180-0900

1-800-254-5164

ó

Department of Health Services Center for Medicare and Medicaid Services (CMS)

1-800-MEDICARE

Responsabilidades del paciente

- **Hasta la medida posible, usted o su designado tiene la responsabilidad de ser honesto** y de expresar sus dudas con claridad a sus prestadores de servicios.
- **Tiene la responsabilidad de entregar un historial médico completo**, hasta la medida posible, incluso información sobre enfermedades, medicinas, hospitalizaciones, antecedentes familiares anteriores y otros asuntos relacionados con su salud actual.
- **Tiene la responsabilidad de solicitar información o clarificación sobre el estado de su salud** o tratamiento cuando no entienda totalmente lo que le están explicando.
- Una vez que usted y sus prestadores de servicios sanitarios se pongan de acuerdo sobre sus objetivos médicos, **tiene la responsabilidad de seguir el programa de tratamiento y notificar su prestador de servicios de cualquier duda o necesidad posible de modificar el programa de tratamiento**. También tiene la responsabilidad de divulgar si está siguiendo tratamientos anteriormente acordados y de indicar cuándo quisiera reconsiderar el programa de tratamiento.
- **Tiene la responsabilidad de participar hasta la mayor medida posible en su tratamiento**, incluso asistir sus citas, siempre y cuando sea posible, y de cumplir con su programa de tratamiento establecido.
- **Tiene la responsabilidad de respetar a los demás pacientes y al personal de la clínica** en cualquier comunicación o interacción oficial.