

Como paciente, Ud. tiene el **DERECHO** de:

- ❖ Ser informado acerca de sus derechos en forma escrita, recibir una copia de tales derechos y pedir que alguien se los explique.
- ❖ Cuidado de salud de buena calidad.
- ❖ Información y explicaciones claras sobre sus pruebas y exámenes.
- ❖ Información completa y actualizada sobre nuestros servicios y las tarifas cobradas.
- ❖ Saber los nombres y títulos del personal médico responsable de su cuidado.
- ❖ Determinar cómo Zufall se puede comunicar con Ud.
- ❖ Participar en investigaciones experimentales o decidir estar incluido en ellas solamente al dar su consentimiento escrito.
- ❖ Expresar sus quejas y recomendar cambios en las pólizas y servicios al personal de Zufall Health
- ❖ Ser tratado con dignidad, compasión y con respeto a su privacidad.
- ❖ Ser libre de cualquier abuso mental o físico, incluyendo el uso de restricciones físicas.
- ❖ Obtener una copia de su historial médico, pedir un cambio en el historial, o decidir que su información sea divulgada solamente con su consentimiento escrito (a menos que se necesite la información para propósitos legales autorizados) y recibir una lista de divulgaciones en cuanto haya un pedido por escrito.
- ❖ Ejercer su voluntad propia, incluyendo el derecho de tomar decisiones independientes – no le impondremos ninguna creencia ni práctica religiosa.
- ❖ El tratamiento sin discriminación de edad, raza, religión, sexo, nacionalidad, o método de pago.
- ❖ No estar privado de ningún derecho constitucional, civil, ni legal por recibir servicios de planificación familiar.
- ❖ Recibir asesoramiento y tratamiento para su dolor.
- ❖ Presentar un reclamo sin temor a represalias y sabiendo que será investigado sin demora.
- ❖ Obtener una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Zufall Health

Como paciente, Ud. tiene la **RESPONSABILIDAD** de:

- ❖ Llegar a sus citas. Llegar 10 minutos antes para completar formularios necesarios y entender que llegar tarde puede resultar en la reprogramación de su cita.
- ❖ Ser honesto y detallado en de toda la información que comparte con Zufall. (Recuerde que toda su información es confidencial y Zufall no la divulgará sin su consentimiento escrito, con excepción de circunstancias designadas por la ley estatal.)
- ❖ Compartir libre y detalladamente todos los aspectos de su salud y el cuidado de ella tanto recientes como pasados.
- ❖ Participar en los servicios médicos, incluyendo pruebas del laboratorio y exámenes físicos.
- ❖ Cumplir con las pólizas y procedimientos de Zufall Health y seguir instrucciones – si no entiende por favor pídasnos que se lo expliquemos.
- ❖ Hacer preguntas – Si algo no le queda claro o le confunde, díganos – estamos dispuestos a ayudarle.
- ❖ Pagar su cuenta sin demora para que podamos continuar brindando cuidado de buena calidad a precios bajos a todos los que lo necesitan. Proporcionémos toda la información necesaria para asegurar la gestión correcta de seguros y pagos.
- ❖ Llámarnos inmediatamente si necesita ayuda.
- ❖ Cumplir con las reglas y normas del conducto y las responsabilidades del paciente.

EL PERSONAL DEL CENTRO TIENEN EL DERECHO DE NEGAR EL TRATAMIENTO Y LOS SERVICIOS A CUALQUIER PACIENTE QUE ESTE BAJO LA INFLUENCIA DE DROGAS O ALCOHOL, O QUE NO PUEDA DAR UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TALES SERVICIOS.