



DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Nosotros en, AMA Health Providers estamos satisfechos de ser su proveedor de cuidado médico y servicios relacionados con su salud. Como nuestro paciente, usted tiene muchos “DERECHOS,” así como ciertas “RESPONSABILIDADES” las cuales nos ayuden a servirle más puntualmente y eficientemente. Este es un acuerdo mutuo establecido entre usted, nuestro paciente (padre o guardián de nuestro paciente) y nosotros, empleados profesionales de AMA Health Providers. Este acuerdo se llama la DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE. Es un reconocimiento de nuestro acuerdo mutuo. Gracias por la oportunidad de servirle.

Como paciente de AMA Health Providers usted tiene el DERECHO de:

- Ser tratado con cortesía, respeto, consideración, dignidad, con privacidad y confidencialidad observada por todos los que le proporcionen atención médica y otros servicios en AMA Health Providers
- Recibir información referente a los servicios disponibles en AMA Health Providers, incluyendo nuestro horario extendido, servicios de emergencia y cualquier servicio de asistencia al paciente que tengamos disponible.
- Recibir respuesta pronta y razonable a sus preguntas y peticiones.
- Elegir sus proveedores de asistencia médica y saber quién es responsable de su cuidado, recibiendo la identificación apropiada incluyendo el nombre y el título de la persona que le proporciona cuidado médico u otros servicios relacionados.
- Recibir información de AMA Health Providers acerca de los cargos por los servicios recibidos, incluyendo su elegibilidad para recibir reembolso de otras entidades, la aceptación de asignamientos por Medicaid, Medicare y cualquier otra agencia de ayuda financiera que la compañía conozca.
- Ser dado la información completa y actual por AMA Health Providers referente su diagnóstico, tratamiento, alternativas, riesgos y pronóstico, según los requisitos del deber legal de su médico, de divulgar en términos y lenguaje que usted pueda razonablemente entender, como es esperado.
- Rechazar tratamiento dentro de los límites de la ley.
- Rechazar participación en investigación experimental.
- Expresar su agravo y/o sugerir cambios en servicios del cuidado médico sin recibir amenazas, restricciones o discriminación contra suya.
- Recibir el cuidado médico apropiado y de calidad profesional y cualquier otro servicio sin discriminación contra su raza, credo, color, religión, sexo, nacionalidad, preferencia sexual, incapacidad o edad.
- Un régimen de cuidado médico desarrollado para cubrir sus necesidades médicas personales, con evaluaciones y actualizaciones periódicas que serán revisadas con usted.
- Participar en el desarrollo de nuestro régimen de cuidado médico.
- Recibir una cita oportuna de AMA Health Providers, con respecto a su petición de cuidado médico y/o otros servicios.
- Ser dado información completa y actualizada por AMA Health Providers así que usted pueda dar consentimiento informado por su tratamiento antes del comienzo de cualquier tratamiento.
- Revisar su expediente clínico conforme a su petición dentro de las normas de AMA Health Providers
- Ser dado con anticipación, información con respecto a la transferencia de su cuidado médico a otro centro de atención médica y/o de la terminación de servicios médicos para usted.
- Ser dado la información por AMA Health Providers referente a las consecuencias por rechazo de tratamiento médico o por la falta de cumplir con la terapia asignada.
- Recibir su cuenta con explicación detallada de los cargos.

- Saber las normas que se aplican a su conducta.
- Obtener atención por otro proveedor médico que usted elija de nuestra práctica.

- Buscar una segunda opinión por un proveedor médico de su elección
- Buscar atención médica por un especialista de su elección.

Como paciente de AMA Health Providers usted es RESPONSABLE de:

- Proporcionar la información exacta y correcta referente a sus últimas enfermedades, hospitalización, medicamentos, alergias, otros artículos pertinentes a la salud tales como sus últimos proveedores de atención médica.
- Reportar cualquier cambio inesperado de su condición médica.
- Participar en el desarrollo y actualización del régimen de su cuidado médico personal (o de su hijo/dependiente) y de pedir información adicional referente cualquier tema que usted no entienda.
- Seguir y cumplir con el régimen actualizado de su cuidado médico.
- Sus acciones si usted rechaza el tratamiento o no sigue recomendaciones de AMA Health Providers para su cuidado médico.
- De cumplir con las citas para cualquier servicio programado en el Centro, sus remisiones incluyendo remisiones clínicas y financieras, o si usted no puede cumplir con lo anterior, es su responsabilidad de notificar al Centro de su inhabilidad.
- Proporcionar a AMA Health Providers su información financiera exacta y completa, y de pagar cualquiera suma de dinero requerida en base a su clasificación financiera.
- De ayudar a mantener un ambiente limpio y saludable, y de cumplir con las normas reglas del Centro en relación al cuidado y la conducta del paciente.

La Comisión para Acreditaciones de Centros de Salud es una organización independiente nacional, sin ánimo de lucro, que supervisa la seguridad y la calidad de la atención médica y otros servicios suministrados por Centros de Salud certificados. Información o dificultades relacionadas con organizaciones certificadas pueden ser provistas llamando directamente a la Comisión:

1-800-994-6610 o también escribiendo al correo electrónico: <mailto:complaint@jointcomission.org>