

## Declaración de responsabilidades del paciente

### *Nuestros pacientes tienen la responsabilidad de:*

1. Proporcionar, a su mejor saber y entender, información precisa y completa sobre los síntomas y las quejas presentes, enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
2. Informar sobre los cambios inesperados en su afección al proveedor responsable.
3. Comunicar si comprende claramente un curso de acción contemplado y qué es lo que se espera.
4. Seguir el plan de tratamiento recomendado por su equipo de atención, incluyendo el cumplimiento de las instrucciones de sus proveedores. Usted es el responsable de hacer preguntas cuando no comprende la información o las instrucciones. Si en cualquier momento siente que no puede seguir las instrucciones, notifique a su proveedor o a su equipo de atención.
5. Asumir la responsabilidad de su bienestar. Comprender que usted es responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones de su proveedor.
6. Independientemente del tipo de cobertura de seguro que tenga, pagar su factura inmediatamente o hacer arreglos con nuestro departamento de servicios para el paciente.
7. Ser considerado ante los derechos de los demás pacientes y del personal de CH. Abstenerse de tener un comportamiento amenazador o molesto con la operación de CH o abusivo con nuestro personal u otros pacientes.
8. Proporcionarle a CH las copias de cualquier declaración de voluntad anticipada de atención médica escrita (testamento vital, poder legal de atención médica, formulario de POLST).

Si tiene alguna pregunta acerca de sus derechos y responsabilidades como paciente en CH, no dude en preguntarle a cualquiera de los profesionales que lo están cuidando.

## Declaración de derechos del paciente

### *Nuestros pacientes tienen derecho a:*

1. Ser tratado con dignidad y respeto en un ambiente seguro sin abuso verbal ni físico, sin explotación financiera o de otra índole, sin acoso, represalias, humillación y negligencia.
2. Recibir la información necesaria para aceptar y dar consentimiento informado antes de comenzar cualquier procedimiento y/o tratamiento.
3. Participar en el desarrollo y la implementación de su plan de atención, incluyendo la resolución de cualquier problema que surja con las decisiones sobre la atención y cualquier problema ético que pudiera surgir en el transcurso de la misma.
4. Que la comunicación de la información acerca de su afección y tratamiento médico se realice con los términos y el formato que usted pueda entender. Si se necesitan restricciones en la comunicación para el cuidado y/o la seguridad del paciente, documentaremos y le explicaremos estas restricciones.
5. Solicitar servicios adecuados y necesarios desde el punto de vista médico o rechazar el tratamiento o los servicios hasta donde lo permita la ley y estar informado sobre las consecuencias médicas de dichas decisiones.
6. Que se satisfagan sus necesidades de comodidad a través de una evaluación y un manejo correcto del dolor.
7. Estar informado sobre un evento adverso o un resultado imprevisto de la atención, el tratamiento o los servicios.
8. Elegir a su médico tratante y consultar a un especialista o buscar una segunda opinión.
9. Saber los nombres de sus proveedores y cuidadores, el nombre de su proveedor de atención primaria, así como también el de cualquier persona a la que se pudiera consultar en su atención.
10. Notificación inmediata a un familiar (o representante elegido) y a su médico de parte del ingreso de pacientes hospitalizados a un hospital de Confluence Health (CH).
11. Recibir la contribución de su familia (o un representante designado) en sus decisiones de atención médica con su consentimiento.
12. Recibir visitantes según lo designado por usted. Los visitantes podrían restringirse dependiendo de los requisitos clínicos, su afección médica y/o cualquier horario de visita establecido que corresponda a su ubicación. Tiene derecho a rechazar visitantes en cualquier momento.
13. Ser notificado sobre sus derechos y ejercerlos en relación a su atención sin miedo a represalias. Los proveedores, el personal y los contratistas tienen la obligación de proteger y promover sus derechos.
14. No discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, credo, religión, estado civil, condición de veterano o militar, incapacidad para pagar la atención medicamente necesaria basada en evidencia o servicios de urgencia o de emergencia, cobertura de seguro médico bajo Medicare/Medicaid/CHIP, o cualquier otro estado protegido por la ley en la admisión, participación, recepción de servicios o el ejercitar los derechos del paciente en CH.

15. Saber si existe un proceso de queja y poder presentar una queja sobre su atención sin miedo a recibir un castigo o que se le niegue la atención. Usted puede presentar una queja a CH llamando al 509-663-8711. Tiene derecho a una resolución de su queja dentro de un período de 30 días, a menos que se necesite una extensión de tiempo.
16. Tenga en cuenta que también puede presentar una queja directamente ante cualquiera de las siguientes entidades gubernamentales externas:
  1. Departamento de Salud del Estado de Washington (Washington State Department of Health, DOH), Garantía de Calidad de los Sistemas de Salud (Health Systems Quality Assurance), P.O. Box 47857, Olympia, WA 98504, 1-800-633-6828 o 360-236-4700, o HSQAComplaintIntake@doh.wa.gov
  2. Medicare, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o <https://www.cms.gov/center/ombudsman.asp>
  3. Los beneficiarios de Medicare que tengan quejas sobre la calidad de la atención pueden comunicarse con Acentra Health, la Organización de Mejora de la Calidad (QIO) designada: 888-305-6759 o [beneficiary.complaints@acentra.com](mailto:beneficiary.complaints@acentra.com)
  4. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services)- Oficina de derechos civiles (Office for Civil Rights), 1-800-368-1019 (TDD 1-800-537-7697) o [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint\\_frontpage.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf)
  5. DNV Healthcare, 866-496-9647 or <https://www.dnvhealthcareportal.com/patient-complaint-report>
17. Estar libre de restricciones químicas y físicas, excepto cuando sea necesario por un período de tiempo limitado para proteger al paciente de autolesionarse o lesionar a otros y nunca impuestas como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
18. Acceder a servicios de protección.
19. Tratamiento respetuoso de su propiedad personal por parte del personal de CH.
20. Confidencialidad de los registros clínicos y de facturación relacionados con su atención.
21. Privacidad personal que coincida con sus necesidades de atención. Se realizarán conversaciones, consultas, evaluaciones y tratamientos del caso para proteger la privacidad del paciente en la medida de lo posible.
22. Acceder a información que se encuentre en su propio registro médico en un período de tiempo razonable y dentro de las pautas estatales y federales. Tomamos todas las medidas para asegurarnos que su registro médico sea preciso y completo.
23. Recibir apoyo espiritual si lo desea.
24. Tomar decisiones personales sobre la asociación y la comunicación privada con otras personas. Puede enviar y recibir comunicaciones privadas y utilizar el teléfono en privado, salvo que esté contraindicado desde el punto de vista médico. Tiene derecho a tomar una decisión personal con respecto a la participación en actividades de naturaleza social, religiosa y comunitaria, salvo que hacerlo infrinja los derechos de los otros.
25. Estar informado y firmar una declaración de voluntad anticipada, por ejemplo, un testamento vital, poder duradero para la atención médica o una Orden del Médico sobre el Tratamiento para el Mantenimiento de la Vida (Physician's Order for Life Sustaining Treatment, POLST) y que el personal de CH cumpla con sus deseos hasta donde lo permita la política de CH y la ley estatal y federal.
26. Saber que CH tiene un proceso instaurado para facilitar la donación de órganos y/o tejidos.
27. Saber sobre las políticas, los procedimientos, las reglas o las normativas de CH que correspondan a su atención.
28. Saber que la participación en programas de capacitación clínica o en la recopilación de datos con fines de investigación es un acto voluntario. Usted puede retirar su permiso en cualquier momento.
29. Ser trasladado a otro centro cuando lo solicita o cuando es adecuado desde el punto de vista médico y esté permitido por la ley. Tiene derecho a recibir una explicación completa acerca del motivo por el cual necesita ser trasladado y si hay otras opciones. El centro al cual será trasladado primero debe aceptarlo a usted como paciente.
30. Recibir información durante su estadía en el hospital sobre las opciones de atención del paciente cuando ya no se necesite atención hospitalaria. Usted tiene derecho a participar en la planificación del momento en que se abandona el hospital.
31. Recibir una explicación minuciosa y detallada de la factura total de los servicios prestados.
32. Si es un paciente de Medicare, tiene derecho a recibir un aviso sobre sus derechos de alta, un aviso sobre sus derechos de no cobertura y recibir una notificación sobre su derecho a apelar un alta prematura.