



PBOR

Aviso sobre los derechos y las responsabilidades del paciente

Usted tiene derecho a:

- Ser tratado de manera digna y respetuosa, y a recibir respuestas razonables ante solicitudes de servicio razonables.
- Tener una comunicación eficaz que proporcione información de manera que sea comprensible, en el idioma de su preferencia, con la provisión de servicios de interpretación o traducción sin costo alguno, y de manera que satisfaga sus necesidades en caso de tener deterioro cognitivo, visual, auditivo o del habla, o una capacidad limitada para leer, escribir, hablar o entender inglés. La información debe proporcionarse en términos fáciles de comprender que le permitan expresar su consentimiento informado.
- Tener información sobre cómo obtener estos servicios gratis y asistencia auxiliares.
- Obtener atención o servicios sin discriminación por motivos de edad, raza, la nacionalidad, origen étnico, creencias, religión, cultura, idioma, discapacidades físicas o mentales, posición socioeconómica, estado civil, el género, orientación sexual e identidad o expresión de género.
- Obtener información sobre la disponibilidad del procedimiento de quejas y cómo presentar una queja de acuerdo con el §92.7 (b), la identificación y la información de contacto del empleado responsable designado conforme al §92.7 (a) y cómo presentar una queja de discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR).
- Hablar de cualquier inquietud sobre la discriminación con el oficial de cumplimiento del centro.
- Obtener respeto por sus valores, creencias y preferencias personales y culturales.
- Tener en consideración la privacidad personal, la privacidad de su información médica y a recibir un aviso de las prácticas de privacidad de la institución.
- Recibir manejo del dolor.
- Obtener adaptaciones para sus servicios religiosos y otros servicios espirituales.
- Acceder a información sobre la divulgación de su información médica, a solicitar modificaciones y a obtener más detalles, de acuerdo con las leyes y reglamentos, dentro de un marco razonable de tiempo.
- La presencia de un miembro de su familia, amigo u otra persona de apoyo con usted durante el curso de su estadía, a menos que la presencia de dicha persona infrinja los derechos o la seguridad de otras personas, o resulte médicamente contraindicada.
- Participar en las decisiones acerca de su cuidado, lo que incluye el diseño de su plan de tratamiento, la planificación del alta y la rápida notificación de su admisión a su familia y a su médico de cabecera.
- Seleccionar a los proveedores a cargo de los bienes y servicios que se recibirán después del alta.
- Rechazar cuidados, tratamientos o servicios de acuerdo con las leyes y reglamentos, y abandonar las instalaciones en contra de la opinión del médico.
- Tener un sustituto responsable de tomar decisiones sobre sus cuidados, tratamientos y servicios cuando usted no esté capacitado para tomar decisiones propias.
- Recibir información acerca de los resultados de sus cuidados, tratamientos y servicios, lo cual incluye resultados inesperados.
- Dar o negar el consentimiento informado al tomar decisiones sobre sus cuidados, tratamientos y servicios.
- Recibir información acerca de los beneficios, los riesgos y los efectos secundarios de los cuidados, tratamientos y servicios propuestos; la probabilidad de lograr sus objetivos; los posibles problemas que podrían ocurrir durante la recuperación de los cuidados, tratamientos y servicios propuestos; y sobre las alternativas razonables a los cuidados, tratamientos y servicios propuestos.
- Dar o negar el consentimiento para obtener grabaciones, filmaciones o imágenes de usted para cualquier propósito que no sea su atención.
- Participar o negarse a participar en estudios, investigaciones o ensayos clínicos, sin poner en riesgo su acceso a los cuidados y servicios ajenos al estudio.
- Conocer el nombre del profesional que tiene la responsabilidad principal de sus cuidados, tratamientos o servicios, y los nombres de otros profesionales que le brinden cuidados.
- Formular directrices anticipadas con respecto a la atención que recibirá al final de su ciclo de vida, y que se respeten estas directrices anticipadas en la medida en que el centro pueda hacerlo según las leyes y las regulaciones. También tiene derecho a revisar o modificar todas las directrices anticipadas.
- Estar resguardado de la negligencia, la explotación y el abuso verbal, mental, físico y sexual.
- Estar en un entorno que sea seguro, que preserve su dignidad y que contribuya a una imagen personal positiva.
- Estar libre de toda forma de restricción o reclusión utilizada como medio de conveniencia, disciplina, coerción o represalia; y a tener el método de restricción o reclusión menos limitativo, utilizado solo cuando sea necesario para garantizar la seguridad del paciente.
- Acceder a servicios de protección y defensa, y recibir una lista de tales grupos si la solicita.

Patient Rights and Responsibilities – IL (SP)

186-ADM-1901GSHMS-IL

Page 1 of 2

04/11 (Rev. 11/15, 03/16, 03/17, 06/19, 11/20, 08/21, 06/23, 07/23, 10/25)

Patient Label

Usted tiene derecho a: (continuación de la página 1)

- Recibir las visitas que usted designe, lo cual incluye, entre otras, su cónyuge, una pareja de hecho (incluso una pareja de hecho del mismo sexo), otro miembro de la familia o un amigo. Usted puede denegar o retirar su consentimiento para recibir cualquier visita en cualquier momento. En la medida que esta institución establezca límites o restricciones en cuanto a visitas, usted tiene derecho a definir la preferencia de orden o prioridad para sus visitas, a fin de cumplir con dichos límites o restricciones.
- Informar a cada paciente (o persona de apoyo, si corresponde) sobre sus derechos de visita, incluida cualquier restricción clínica o limitación de estos derechos, cuando se le informe de sus otros derechos según esta sección.
- Informar a cada paciente (o persona de apoyo, según corresponda) del derecho, sujeto a su consentimiento, a recibir los visitantes que designe, incluyendo, entre otros, un cónyuge, una pareja (incluida las parejas del mismo sexo), otro miembro de la familia o un amigo, y su derecho a retirar o negar el consentimiento en cualquier momento.
- No restringir, limitar ni negar los privilegios de visita por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, género, identidad de género, orientación sexual y discapacidad.
- Revisar y recibir una explicación de la factura del hospital, sin importar la fuente de pago.

Usted tiene la responsabilidad de:

- Proporcionar información completa y precisa con respecto a su situación médica actual, sus enfermedades u hospitalizaciones pasadas, y cualquier otro asunto relacionado con su salud.
- Comunicar a las personas encargadas de sus cuidados si no comprende totalmente su plan de atención médica.
- Seguir las instrucciones de la persona encargada de sus cuidados.
- Cumplir con todas las políticas y procedimientos del centro médico, y ser considerado con los derechos de los demás pacientes, empleados del centro médico y propiedades del centro médico.

También tiene derecho a:

Presentar una queja al Estado, ya sea mediante el procedimiento de quejas del hospital o no. Si es paciente de Medicare y tiene quejas con respecto a la calidad de sus cuidados, decisiones sobre cobertura o desea apelar a un alta temprana, póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) de Medicare.

- ☐ Organización para el Mejoramiento de la Calidad
Línea gratis: (888) 524-9900
TTY: (888) 985-8775
Correo: Commence Health
BFCC-QIO Program
PO Box 2687
Virginia Beach, VA 23450

Si tiene alguna queja, puede ponerse en contacto con el Estado:

- ☐ Departamento de Salud Pública de Illinois
Teléfono: (800) 252-4343
Correo: Illinois Department of Public Health
535 West Jefferson Street
Springfield, IL 62761

En cuanto a la resolución de problemas, usted tiene derecho a:

Expresar sus inquietudes acerca de los cuidados y la seguridad del paciente al personal o la gerencia de la institución sin estar sujeto a coerción, discriminación, represalia o interrupción injustificada de los servicios de salud; y a estar informado sobre el proceso de resolución de sus inquietudes. Si sus inquietudes y preguntas no pueden ser resueltas en este nivel, puede ponerse en contacto con la agencia de acreditación que se indica a continuación:

- ☐ La Comisión Conjunta
Teléfono: (800) 994-6610 Fax: (630) 792-5636
Correo electrónico: patientsafetyreport@jointcommission.org
Correo: Office of Quality and Patient Safety
The Joint Commission
One Renaissance Boulevard
Oakbrook Terrace, IL 60181

El que suscribe certifica que leyó lo anterior, lo comprende, acepta los términos, recibió una copia y es el paciente o está debidamente autorizado por el paciente como su agente para llevar a cabo lo mencionado arriba.

Firma de le paciente o del representante legal		Fecha/hora
Relación con el paciente	Intérprete, si se utilizó	Fecha/hora
Firma del testigo	Fecha/hora	Si se dio el consentimiento por teléfono, firma del segundo testigo

Patient Rights and Responsibilities – IL (SP)

186-ADM-1901GSHMS-IL

Page 2 of 2

04/11 (Rev. 11/15, 03/16, 03/17, 06/19, 11/20, 08/21, 06/23, 07/23, 10/25)

Patient Label