

Alabama Regional Medical Services

Derechos y Aviso de Prácticas de Privacidad del Paciente

La declaración de Derechos del Paciente esta publicado en la pagina de la organización y cada paciente recibirá una copia de ésta Declaración, también recibirá el Aviso de Prácticas de Privacidad en el momento de la admisión en cualquier programa de salud de Alabama Regional Medical Services.

Todo paciente tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto y consideración.
- Cuidado de salud de alta calidad por medio del personal clínico experimentado y entrenado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Una respuesta razonable a sus peticiones para tratamiento.
- Tratamiento confidencial viene con el Aviso de Práctica de Privacidad.
- Información completa acerca de su condición médica.
- Información recopilada en su expediente médico.
- Ser alentado a participar en desiciones acerca de su tratamiento, incluyendo el plan para ser dado de alta y tratamientos alternos disponibles.
- Atención médica que respite sus valores sociales, culturales, psicosociales, espirituales y personales.
- Aceptar o negarse al tratamiento. Si usted escoge el negarse al tratamiento, usted tiene el derecho sin tener miedo o represalia, excepto cuando el rehusa al tratamiento no está permitido por la ley.
- Decidir participar en un estudio de investigación o pruebas clínicas si éstas se encuentran disponibles y si usted lo desea.
- Conocer la experiencia profesional y certificación de nuestros proveedores médicos, nuestro estado de acreditación y otras medidas de calidad.
- Envolver a cualquier miembro de su familia al que usted seleccione para tomar desiciones acerca de su cuidado y tratamiento.
- Recibir la información explicada en el lenguaje que usted entienda. Servicios de interpretación serán proveídos a las personas con limitaciones con el habla o entender el ingles incluyendo a personas con problemas de audición.
- Conocer el funcionamiento de Alabama Regional Medical Services por medio de una Junta de Directores que representan a las diferentes comunidades a la cuales les damos servicio.
- Ser informado y dar consentimiento por escrito para recibir diagnósticos o quirúrgicos desempeñados por el personal médico de Alabama Regional Medical Services.
- Ser informado acerca de las directivas anticipadas y recibir información acerca de las mismas. Debido a que Alabama Regional Medical Services es un sitio de atención primario, la instrucción anticipada no sera aceptado cuando el paciente se encuentre dentro de las instalaciones de Alabama Regional Medical Services.
- Recibir métodos clínicamente aprobados y apropiados para aliviar el dolor cuando estos métodos estén disponibles y sean necesarios para satisfacer las necesidades.
- Escoger un centro de salud que ofrezca una gama completa de servicios para el cuidado de la salud.
- Un proceso justo y eficiente para resolver diferencias con Alabama Regional Medical Services y ser informado de los procedimientos de agravo utilizados por ARMS. Cualquier queja o injusticia puede ser dirigida al Oficial de Operaciones, verbalmente o por escrito y el mismo se encargará de tomar la acción necesaria e investigar la queja inmediatamente.
- Permitir a su guardian, tutor o cualquier otra persona responsable y autorizada legalmente a ejercer sus derechos si usted está imposibilitado a participar.
- Esperar que usted no sea motivo de discriminación por medio de Alabama Regional Medical Services o por cualquier miembro de nuestro personal por la raza, religion, sexo, etnicidad, creencia, origen nacional, estatus social, categoría de diagnóstico, orientación sexual o por el tiempo de residencia en el área de servicio.
- Privacidad y confidencialidad en cuanto a su presencia en tratamiento, tanto como el derecho a la privacidad, personal, espacio, comunicaciones personales y protección de visitantes entrando en la facilidad.
- Ser informado del uso especial de cualquier equipo de vigilancia, como cámaras utilizadas con el propósito de observación y seguridad.
- Ser protegido de cualquier forma de abuso, negligencia o maltrato.
- Recibir el tratamiento menos restrictivo y apropiado que esté disponible.

- Recibir servicios médicos a bajo costo e información sobre nuestras operaciones.

Yo certifico que he recibido una copia de este documento y he tenido la oportunidad de recibir también El Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre del Paciente _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Empleado _____ Fecha _____