

## Derechos y responsabilidades del paciente

En Tri-Cities Community Health, nos preocupamos de que cada paciente confiado a nuestro cuidado sea tratado con dignidad, respeto y compasión. Reconocemos que todos los pacientes tienen derechos básicos y estamos comprometidos a honrar estos derechos. Del mismo modo, Tri-Cities Community Health tiene derecho a esperar un comportamiento razonable y responsable de los pacientes, sus familiares y amigos.

El siguiente es un resumen de los derechos y responsabilidades que creemos que sirven como base para una buena relación entre los pacientes y el personal.

### Derechos del paciente

#### Acceso a la atención

Las personas tendrán acceso imparcial al tratamiento o a las adaptaciones disponibles o médicamente indicadas, independientemente de su raza, credo, sexo, origen nacional, valores culturales o espirituales, discapacidades o fuente de pago. Tri-Cities Community Health no promoverá ninguna religión y respetará la preferencia religiosa del paciente, siempre y cuando la práctica no infrinja los derechos y el trato de los demás o el servicio de tratamiento.

Usted tiene derecho a una atención que esté libre de discriminación, como se ha dispuesto anteriormente, así como de cualquier acoso y explotación sexual.

#### Prestación de atención

Usted tiene derecho a recibir una evaluación integral y atención para su afección de salud. Esto incluye información sobre diagnósticos y opciones de tratamiento, derivación a otros proveedores y ayuda para coordinar atención adicional si es necesario. Es importante saber que, en Tri-Cities Community Health, su equipo de atención médica puede incluir otros médicos, médicos residentes, psiquiatras, asistentes médicos, enfermeros, enfermeros practicantes, dentistas, higienistas dentales, farmacéuticos, consejeros, administradores de casos, estudiantes y otros proveedores de atención médica.

Usted tiene derecho a participar en las decisiones sobre su atención y planes de tratamiento individualizados, según corresponda. Le recomendamos que haga preguntas, incluya a sus familiares en su proceso de toma de decisiones y participe en la creación de un plan de atención que tenga en cuenta las necesidades de apoyo que identifiquen usted, su familia y sus cuidadores.

#### Respeto y dignidad

Usted tiene derecho a recibir atención considerada y respetuosa en todo momento y en todas las circunstancias, con reconocimiento de la dignidad personal, la diversidad y las preferencias religiosas u otras preferencias espirituales.

#### Privacidad y confidencialidad

Los pacientes pueden acceder a sus historias clínicas a través del [portal del paciente](#) o a través de solicitudes de registros legales.

Usted tiene derecho, dentro de la ley, a la privacidad personal e informativa, como lo demuestran los siguientes derechos:

- A esperar que cualquier discusión o consulta relacionada con su atención se lleve a cabo discretamente y que las personas que no estén directamente involucradas en su atención no estén presentes sin permiso.
- A que solo tengan acceso a la historia clínica las personas con fines comerciales legítimos y según lo permita la ley.
- A esperar que todas las comunicaciones y otros registros relacionados con la atención, incluida la fuente de pago, se traten como confidenciales.

## **Seguridad**

La seguridad del paciente es nuestra prioridad. Como paciente, usted tiene derecho a que se le brinde atención en un entorno seguro. Todos tienen un papel en hacer que la atención médica sea segura, incluidos, entre otros, médicos, administradores de atención médica, enfermeros, asistentes médicos, farmacéuticos, dentistas, asistentes dentales, consejeros, administradores de casos y técnicos. Usted desempeña un papel vital en la seguridad de su atención convirtiéndose en un miembro activo, involucrado e informado de su equipo de atención médica. Su percepción de los riesgos para la seguridad y las sugerencias de mejora serán escuchadas y respondidas adecuadamente. Informe a sus proveedores de atención médica o a su gerente sobre cualquier inquietud que tenga.

Puede expresar respetuosamente quejas, opiniones, comentarios positivos, reclamos o sugerencias sin repercusiones llamando a la Línea de Cumplimiento, (509) 543-1918, o enviando un informe en línea a través del sitio web de TCCH, [www.mytccch.org](http://www.mytccch.org).

## **Comunicación**

Tiene derecho a saber qué servicios de apoyo al paciente se ofrecen, incluso a saber si hay un intérprete disponible si no habla inglés o tiene problemas de audición. Se pueden hacer adaptaciones para pacientes con discapacidades auditivas, del habla, visuales y cognitivas solicitando estos servicios en el momento en que se hace la cita.

## **Cargos**

Usted tiene derecho a solicitar un presupuesto de buena fe de los cargos antes de recibir atención y explicaciones sobre el costo del tratamiento u otros servicios. No se le negarán los servicios en función de su capacidad de pago.

## **Consentimiento y denegación**

Usted tiene derecho a una participación razonable y fundamentada en las decisiones relacionadas con su atención médica. Tiene derecho a dar su consentimiento o rechazar el tratamiento.

## **Directivas anticipadas**

Usted tiene derecho a recibir información sobre las directivas anticipadas. Las directivas anticipadas garantizan que se cumplan sus deseos. Las directivas anticipadas incluyen un sustituto de atención médica, un testamento en vida, una donación anatómica y un poder notarial duradero para la atención médica. Para obtener más información, comuníquese con su abogado o con el Washington State Department of Health (Departamento de Salud del Estado de Washington).

# **RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

## **Respeto y consideración**

Usted es responsable de ser considerado con los derechos de otros pacientes y del personal de la clínica. Esto incluye no fumar y controlar el ruido y las visitas. Usted es responsable de ser respetuoso con la propiedad de los demás y de la clínica. Usted es responsable de utilizar comportamientos apropiados, como abstenerse de usar lenguaje soez, racial, perjudicial o amenazante; gritar; intimidar; insultar; portar armas; amenazar con violencia, o hacer exhibiciones físicas de violencia. Usted entiende que cualquier comportamiento abusivo o irrespetuoso podría dar como resultado su expulsión de Tri-Cities Community Health.

## **Seguridad**

Usted es responsable de proporcionar, a su leal saber y entender, información precisa y completa sobre quejas presentes, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos, alergias y otros asuntos relacionados con su salud, y de reportar cambios inesperados en su condición.

Usted es responsable de asumir un papel activo en su atención médica siguiendo las instrucciones, haciendo preguntas si hay confusiones y notificando al equipo de atención médica sobre cualquier cambio en su salud. Además, usted es responsable de seguir el plan de tratamiento desarrollado con su proveedor o informar al proveedor si no puede o decide no seguir con el plan.

Usted es responsable de asistir a las consultas y de notificar a Tri-Cities Community Health cuando no pueda hacerlo.

Usted es responsable de contribuir a un entorno de atención médica seguro. Esto también incluye abstenerse de realizar grabaciones o tomar fotografías en las instalaciones de Tri-Cities Community Health.

## **Educación**

Usted es responsable de participar en el proceso de enseñanza/aprendizaje para que adquiera y comprenda las habilidades y comportamientos que promueven la recuperación, mantienen o mejoran las funciones, o manejan la progresión de la enfermedad o los síntomas.

## **Cargos**

Usted es responsable de comprender la cobertura de su seguro médico y de cumplir con todos los requisitos relacionados.

Usted es responsable de contribuir a cubrir el costo de los servicios, si es posible, proporcionando información actualizada sobre el seguro o pagando directamente. Tri-Cities Community Health ofrece un programa de descuento de tarifa variable que puede reducir el costo de la atención.

## **Rechazar el tratamiento**

Usted es responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del proveedor de atención médica.

---

Nombre del paciente/tutor legal (en letra de imprenta)

---

Firma del paciente/tutor legal

---

Fecha