

COMO PACIENTE DEL TAMPA BAY
ENDOSCOPY CENTER, UD TIENE EL
DERECHO DE RECIBIR LA SIGUIENTE
INFORMACION ANTES DEL DIA DE SU
PROCEDIMIENTO.

DERECHOS DEL PACIENTE

TODO PACIENTE TIENE EL DERECHO
DE SER TRATADO COMO UN
INDIVIDUO Y QUE SUS DERECHOS
SEAN RESPETADOS. EL CENTRO Y
SUS EMPLEADOS MEDICOS HAN
ADOPTADO LA SIGUIENTE LISTA DE
DERECHOS DE LOS PACIENTES.

DERECHOS DE PACIENTE:

- Recibir tratamiento sin discriminación de: raza, color, religión, sexo, nacionalidad de origen, incapacidad o modo de pago.
- Ser tratado con respeto, consideración y dignidad al recibir tratamiento, procedimiento, cirugía y otros servicios
- Proveer privacidad y seguridad de uno mismo y sus pertenencias durante el servicio del cuidado.
- Recibir información de su medico acerca de su enfermedad, modo de tratamiento y probabilidades de recuperación de manera que el paciente la pueda comprender.
- Recibir toda la información necesaria para otorgar consentimiento informado a cualquier tratamiento o procedimiento que pueda necesitar.

- Cuando no sea recomendable el proporcionar tal información al paciente, la información será dada a la persona designada por el paciente o la que sea autorizada legalmente.

- Tomar decisiones acerca del tratamiento recomendado por el doctor. De esta manera el paciente puede aceptar o rechazar cualquier tratamiento medico recomendado. Si el tratamiento es rechazado el paciente tiene derecho que le digan los efectos que esta decisión puede tener en su salud y deberá ser comunicada al doctor y documentada en la historia médica.

- Estar libre de abuso mental y físico, libre de explotación y libre del uso de ataduras. Drogas y otras medicaciones no deberán ser usadas para disciplinar a los pacientes o por la comodidad del personal del centro.

- Máxima consideración de privacidad en lo concerniente al programa de cuidado medico. Toda discusión del caso, consultas, exámenes físicos y tratamientos serán confidenciales y se harán discretamente.

- Confidencialidad en todas las comunicaciones e historia medica relacionadas con su cuidado y permanencia en el centro. Su permiso por escrito será requerido antes de que su historia medica pueda ser entregada a cualquiera que no este directamente relacionado con su cuidado. El centro ha establecido reglas que controlan el acceso y duplicado de las historias medicas de los pacientes.

- Abandonar el centro incluso contra la recomendación del doctor.

- Continuidad razonable en el cuidado y conocimiento previo del lugar, hora y medico que le atenderá...

- Ser informado por su medico o su delegado de los cuidados médicos necesarios a seguir después de sea dado de alta.

- Conocer la identidad y el status profesional de quienes le atiendan así como el nombre del medico responsable de su cuidado.

- Conocer las reglas que aplican a su conducta como paciente.

- Que la persona con la responsabilidad legal de tomar decisiones medicas por el paciente tenga todos los derechos del paciente. Todo personal medico respetara esos derechos.

- Ser informado de todo tratamiento experimental o de investigación y poder rechazarlo sin que su cuidado medique sea afectado. El participar en investigación requiere el consentimiento por escrito del paciente que se guardara en su historia médica.

- Examinar y recibir una explicación de su factura sin importar el método de pago.

- A una evaluación y tratamiento adecuados de su dolor.

Si necesita un traductor

Si necesita un traductor, **díganoslo** y le proporcionaremos uno. Si desea traer a alguien para traducir la información confidencial, médica y financiera, tráigalo con UD. el día de su tratamiento.

Derechos y Respeto a la Persona y su Propiedad

El paciente tiene derecho a:

El ejercicio de sus derechos sin temor a discriminación o represalias.

Presentar quejas con respecto al tratamiento medico recibido.

Ser informado con antelación respecto a su tratamiento o procedimiento y los posibles resultados.

La confidencialidad de la información medica.

Privacidad y Seguridad

El paciente tiene derecho a:

Privacidad personal.

Recibir cuidado en ambiente seguro.

No recibir ningún tipo de abuso o acoso.

Disposiciones Previas

Tiene derecho a ser informado sobre las reglas de este centro respecto a las disposiciones previas.

Este centro no acepta disposiciones previas. En el caso de una emergencia que amenace su vida se tomaran las medidas médicas necesarias. Los pacientes serán estabilizados y transportados a un hospital donde los familiares y el personal medico puedan decidir el continuar o no las medidas de emergencia.

Si el paciente o su representante desean que sus Decisiones Previas se respeten, el paciente Deberá ser trasladado a un centro que respete sus deseos.

Si lo desea le proporcionaremos una documento oficial sobre las Disposiciones Previas.

Presentación e Investigación de la Quejas

Usted tiene el derecho de que las quejas presentadas sean investidas y a recibir un informe por escrito de la decisión tomada por el Centro.

Puede ponerse en contacto con:

LETITIA ELLIOTT, RN.
CENTER DIRECTOR
4809 N ARMENIA AVE SUITE 100
TAMPA FL 33603
813 872 9310

Puede también ponerse en contacto con representante estatal para presentar una queja:

www.cdc.gov/mmwr/about.html

State website: www.doh.state.fl.us

Encontrara direcciones y teléfonos de la agencia reguladoras en:
Medicare Ombudsman website
www.medicare.gov/Ombudsman/resouces.asp

Medicare: www.medicare.gov or call
1 800 MEDICARE (1 800 633 4277)

Office Of. the Inspector General:

<http://oig.hhs.gov>

Participación Financiera de los Médicos:

Este Centro es en parte propiedad de los médicos. Los médicos que le recomendaron este Centro y que realizaran sus procedimientos pueden tener un interés financiero o de propiedad en el Centro. Los pacientes tienen derecho a ser tratados en otro centro de su elección. Proporcionamos esta información de acuerdo con las reglas federales.

Al firmar abajo, usted o su representante legal reconocen el haber recibido, leído y comprendido esta infamación (oral y por escrito) con antelación a la fecha de su procedimiento, y ha decidido el llevar a cabo su procedimiento en este centro.

Firma del paciente o su representante

Fecha _____

**DERECHOS DEL
PACIENTE Y
NOTIFICACION DE
PARTICIPACION
FINANCIERA
MEDICA**

Tampa Bay Endoscopy Center
4809 N Armenia Ave. Suite 100
Tampa, Fl. 33603
813 872 9310

Etiqueta para los Registros
Medicos

**POR FAVOR, TRAIGA ESTE
FORMULARIO EL DIA DE
SU PROCEDIMIENTO**