

LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

LOS DERECHOS DEL PACIENTE

Los derechos del paciente se respetarán sin importar su género, cultura, estado económico, educación o religión o el origen del pago por su atención médica. Los pacientes tienen el derecho a:

1. Obtener atención considerada y respetuosa.
2. Privacidad apropiada.
3. Los registros y divulgación del paciente se tratan confidencialmente y, excepto según se requiera bajo la ley, los pacientes tienen la oportunidad de aprobar o rehusar autorización.
4. Los pacientes son proporcionados a lo mejor de nuestro conocimiento con toda la información sobre su diagnóstico, evaluación, tratamiento y pronóstico. Cuando es médicamente aconsejable proveer tal información a un paciente, la información se provee a la persona designada legalmente autorizada por el paciente.
5. Los pacientes son proporcionados con la oportunidad de participar en las decisiones relacionadas con su atención médica, a menos que esa participación no se recomiende por razones médicas.
6. La siguiente información está disponible a los pacientes y al personal:
 - a. Los derechos del paciente
 - b. La conducta y las responsabilidades del paciente
 - c. Los servicios disponibles en el centro de cirugía
 - d. Las instrucciones para atención de emergencia o para después de horas regulares
 - e. El costo de los servicios
 - f. Las normas de pago
 - g. El derecho del paciente de rehusarse a participar en investigaciones experimentales
 - h. Instrucciones anticipadas, de acuerdo con las leyes y los reglamentos estatales y federales
 - i. Las credenciales de los profesionales de atención médica
7. Informarse sobre las Responsabilidades del Pacientes (véase, Responsabilidades del Paciente).
8. Se les informa a los pacientes sobre su derecho de cambiar de proveedor si otros proveedores calificados están disponibles.
9. La representación de la acreditación al público debe de reflejar exactamente la entidad acreditada.
10. La publicidad o el mercadeo relacionado con la capacidad y los servicios de la organización no son engañosos.
11. A los pacientes se les proporciona la información adecuada sobre la falta de cobertura de seguro de negligencia profesional.
12. A los pacientes se les informa sobre el procedimiento para expresar sus sugerencias, quejas y reclamos, de acuerdo con los reglamentos estatales y federales.
13. Los pacientes tienen el derecho de no ser expuestos a cualquier forma de abuso o acoso.
14. Los pacientes tienen el derecho a la privacidad y a la seguridad de su información médica individualmente identificada.
15. Los pacientes tienen el derecho de estar completamente informados sobre el tratamiento o el procedimiento que se vaya a efectuar y al resultado esperado del mismo.
16. Si un tribunal determina que el paciente no es competente bajo las leyes de salud y seguridad estatales, los derechos del paciente se ejecutan por la persona designada bajo las leyes estatales para actuar a favor del paciente.
17. Si un tribunal estatal ha determinado que el paciente no es competente, cualquier representante legal designado por el paciente podrá ejercer en la medida permitida por ley.
18. El centro deberá informar a los pacientes o a sus representantes sobre los derechos de los pacientes y deberán proteger y promover el cumplimiento de esos derechos.
19. El centro deberá proveer a los pacientes o a sus representantes con avisos verbales y escritos sobre los derechos del paciente en un lenguaje simple y fácil de entender.

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE ESTA INFORMACIÓN

Declaro y reconozco que se me han informado los Derechos y Responsabilidades del Paciente, el Procedimiento de Reclamos del Centro de Cirugía y la información de contacto. También reconozco que se me ha comunicado que mi médico puede tener un interés económico en el Consultorio y tuve la oportunidad de seleccionar otro consultorio para efectuar este procedimiento. Comprendo la información arriba indicada y no tengo ninguna otra pregunta.

Firma del paciente o su representante tal como su guardián o la persona encargada del paciente de acuerdo con un consentimiento escrito o de acuerdo con A.R.S. 36-3201 (13).

FECHA: _____ TESTIGO DE LA FIRMA ARRIBA INDICADA: _____

20. Los pacientes tienen el derecho de ejecutar sus derechos sin tener que enfrentar ningún tipo de discriminación o represalia.
21. Los pacientes tienen el derecho de saber que este centro de cirugía es una incorporación de un grupo colectivo (que puede incluir a sus cirujanos) que se ha formado para el beneficio de la comunidad. El personal del consultorio también desea informarle a los pacientes que sus cirujanos pueden tener un interés económico en el mismo. Otras personas también pueden tener un interés de inversión en el consultorio. De acuerdo con su selección, los pacientes tienen el derecho de escoger a otro consultorio para efectuar el procedimiento quirúrgico recomendado.

Yo autorizar esta persona(s) con respecto a recibir información acerca mi operación, mi condición médica, y atención de la salud:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

LAS RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Los pacientes tienen la responsabilidad de:

1. Proveer información completa y exacta sobre su salud, sus medicamentos, incluyendo productos sin receta y suplementos dietéticos, y cualquier alergia o sensibilidades.
2. Seguir el plan de tratamiento recomendado por sus proveedores y a participar en su atención médica.
3. Tener a un adulto responsable que lo lleve a su casa desde el consultorio y pueda quedarse con el paciente por un período de 24 horas, de acuerdo con los requisitos de sus proveedores.
4. Informar a sus proveedores sobre cualquier testamento vital, poder, o cualquier orden que pueda afectar su cuidado.
5. Aceptar responsabilidad económica personal de cualquier cargo que el seguro de salud no cubra.
6. Respetar a todos los proveedores de servicios de salud y su personal, al igual que a otros pacientes.
7. Los pacientes son responsables de sus propias acciones si rehúsan tratamiento o no siguen las instrucciones de los proveedores.
8. Llegar a la citas de acuerdo con lo que se haya programado y a **cancelar, por adelantado, las citas a las que no pueda asistir.**
9. Informarse sobre la gama de los servicios básicos que se ofrecen, el costo, y la necesidad de seguro médico y activamente tratar de obtener clarificación de cualquier aspecto de la participación en los servicios del Centro de Cirugía y los programas que no hayan entendido bien.

QUEJAS Y RECLAMOS DEL PACIENTE

Si usted tiene un problema o una queja, se puede comunicar con:

**Heidi Costello, Administradora del Consultorio
(520) 618-6058**

Si usted no está satisfecho con la respuesta que ha obtenido del centro de cirugía, se puede comunicar:

**Departamento de Salud del Estado de Arizona:
(602) 364-3030**

www.azdhs.gov/als/medical

**Ombudsman de Servicios de Medicare
1 (800) 633-4227**

www.cms.hhs.gov/center/ombudsman.asp

LISTA DE DUEÑOS MÉDICOS DE CAMP LOWELL SURGERY CENTER

Las leyes de Arizona REQUIEREN que le comuniquemos los nombres de los cirujanos dueños que tienen interés económico en
CAMP LOWELL SURGERY CENTER.

| | | | | |
|---------------------|-------------|----------------------------------|-------|----------|
| Aaron, MD | Jack | 1110 N. El Dorado Place | 85715 | 327-5677 |
| Artz, MD | Katie | 1951 N. Wilmot, Bldg. 2 | 85712 | 795-5845 |
| Bentley, MD | John | 5949 N. Camino Del Conde | 85718 | 615-8943 |
| Brick, MD | Dean | 6422 E. Speedway Blvd., Ste. 100 | 85710 | 325-9400 |
| Butler, MD | Thomas | 4727 E. Camp Lowell Dr. | 85712 | 290-4263 |
| Carlson, MD | James | 3172 N. Swan Rd. | 85712 | 795-8777 |
| Chiarello, DPM | Robert | 4816 E. Camp Lowell Dr. | 85712 | 881-8640 |
| Dean, MD | Robert | 6567 E. Carondelet Dr., #515 | 85710 | 296-8500 |
| Duerksen, MD | Kathleen | 5979 E. Grant Ste. 115 | 85712 | 751-8030 |
| Felix-Tacoronte, MD | Carmen | 1110 N. El Dorado Place | 85715 | 327-5677 |
| Hu, MD | David | 6567 E. Carondelet Dr., #515 | 85710 | 296-8500 |
| Hutcheson, DPM | Brian | 4816 E. Camp Lowell Dr. | 85712 | 881-8640 |
| Kang, MD | Thomas | 3172 N. Swan Rd. | 85712 | 795-8777 |
| Kaye, MD | Larry | 4709 E. Camp Lowell Dr. | 85712 | 722-4700 |
| Kersey, MD | Robert | 6567 E. Carondelet Dr., #415 | 85710 | 885-6701 |
| Lamear, MD | William | 6567 E. Carondelet Dr., #515 | 85710 | 296-8500 |
| Levine, MD | Jason | 6422 E. Speedway Blvd., Ste. 100 | 85710 | 327-3487 |
| Maloney, MD | Christopher | 3170 N. Swan Rd. | 85712 | 298-2325 |
| Massey, MD | Brandon | 3170 N. Swan Rd. | 85712 | 298-2325 |
| McCafferty, MD | Sean | 6422 E. Speedway Blvd., Ste. 100 | 85710 | 327-3487 |
| McColgin, MD | Ann | 6422 E. Speedway Blvd., Ste. 100 | 85710 | 325-9400 |
| Monash, MD | Jeffrey | 4715 E. Camp Lowell Dr. | 85712 | 319-6000 |
| Nisbet, MD | Jon | 1551 E. River Rd. | 85718 | 321-9850 |
| Parry, MD | David | 6567 E. Carondelet Dr., #515 | 85710 | 296-8500 |
| Polonski, MD | Lynn | 4021 E. Sunrise Drive, Ste. 121 | 85718 | 576-5110 |
| Rosen, MD | Karl | 1110 N. El Dorado Pl. | 85715 | 327-5677 |
| Snyder, MD | Robert | 4711 E. Camp Lowell Dr. | 85712 | 327-2020 |
| Soderberg, MD | Keith | 6567 E. Carondelet Dr., #515 | 85710 | 296-8500 |
| Steck, DPM | Jerome | 6567 E. Carondelet Dr., #415 | 85710 | 885-6701 |
| Stratigouleas, MD | Elias | 6567 E. Carondelet Dr., #515 | 85710 | 296-8500 |
| Teepie, MD | Ryan | 5675 E Grant Road | 85712 | 721-7995 |
| Tsai, MD | Patrick | 4709 E. Camp Lowell Dr. | 85712 | 722-4700 |
| Villavicencio, MD | Ovette | 3925 E. Fort Lowell Rd. | 85712 | 576-5110 |
| Wang, MD | Mingwu | 6422 E. Speedway Blvd., Ste. 100 | 85710 | 325-9400 |
| Whitacre, MD | Eric | 5230 E. Farness | 85712 | 319-6686 |

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS/TESTAMENTO VITAL/PODER DE ATENCIÓN MÉDICA

Comprendo que tengo el derecho a tomar decisiones relacionadas con los tratamientos de soporte vital (incluyendo medidas de resucitación).

- Tengo un testamento vital, pero no se ha proporcionado una copia a CLSC.
- He proporcionado a este Consultorio una copia de mis Instrucciones Anticipadas/Testamento Vital/Poder de Atención Médica. El personal del consultorio me ha comunicado sus normativas relacionadas con honrar este documento y están de acuerdo en proceder con el procedimiento propuesto según está programado.
- No tengo Instrucciones Anticipadas/Testamento Vital/Poder de Atención Médica.
- Deseo información sobre cómo obtener Instrucciones Anticipadas/Testamento Vital/Poder de Atención Médica.

Aviso: Si usted, como paciente de Camp Lowell Surgery Center, sufre una emergencia que amenaza su vida en este Centro, es nuestra norma resucitar y mantener en vida hasta que un traslado adecuado y sin demora se pueda hacer al hospital más cercano. Esta norma está en vigencia sin importar ninguno de los arreglos arriba indicados. Al firmar a continuación, indico que estoy de acuerdo con esta norma.

RECONOCIMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Declaro y confirmo que se me han informado verbalmente, y por escrito, las normas del Centro con respecto a las Instrucciones Anticipadas. También reconozco que se me ha comunicado que mi médico también puede tener un interés económico en este consultorio y tuvo la oportunidad de escoger otro lugar para efectuar el procedimiento. Comprendo la información anterior y no tengo ninguna otra pregunta.

Firma del paciente o representante del paciente tal como su guardián o representante legal de acuerdo con A.R.S. 36-3201 (13).

FECHA DE LA FIRMA ARRIBA INDICADA: _____ TESTIGO DE LA FIRMA ARRIBA INDICADA: _____