

## **Derechos y Responsabilidades de los Pacientes**

### **Bienvenidos a los Centros de Salud de la Comunidad**

Nuestra meta es proveer un cuidado de salud de calidad para personas que cualifiquen en esta comunidad, sin relación a su habilidad para pagar. Si los CHCs están enrolando nuevos pacientes, usted puede ser elegible para ser nuestro paciente. Como paciente usted tiene derechos y responsabilidades. Nosotros queremos que usted entienda estos derechos y responsabilidades para que pueda ayudarnos a proveer un mejor cuidado de salud para usted. Por favor, lea y firme esta declaración y haga las preguntas que tenga.

### **Derechos Humanos**

Usted tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad sin relación a su raza, religión, sexo, país de nacimiento, orientación sexual, afiliación política o posibilidad de pagar por los servicios.

### **Pagos por Servicios**

- Usted es responsable de darnos información correcta acerca de su estado financiero actual. Los CHCs necesitan esta información para decidir cuanto cobrarle a usted y/o facturar a su seguro privado, Medicaid, Medicare u otros beneficios a que usted pueda ser elegible. Si sus ingresos son menores que los que estipula la guía federal de pobreza, usted tendrá una tarifa con descuentos de acuerdo a nuestra norma.
- Usted tiene el derecho de recibir explicaciones sobre su factura. Usted debe pagar, o hacer arreglos para pagar, todas las tarifas acordadas por servicios médicos o servicios dentales, como suministrados por nuestro plan. Si usted no puede pagar enseguida, por favor, déjenos saber para que los CHCs, puedan proveer cuidado para usted ahora y arreglar un plan de pago.
- La ley federal nos prohíbe negarle servicios de cuidado primario de salud, cuando estos son médicamente necesarios únicamente porque usted no puede pagar por esos servicios.

### **Privacidad**

Usted tiene el derecho de tener su entrevista, exámenes, y tratamiento en privado. Sus datos o historia médica son también privados. Solo personas autorizadas legalmente pueden ver sus datos, a menos que usted nos solicite por escrito que mostremos a alguien más tales datos. Una completa discusión de sus derechos de privacidad se adjunta como "Noticia de Normas de Privacidad". Al firmar este documento usted indica que ha recibido este aviso. El Aviso detalla los varios derechos otorgados a usted bajo la Ley Federal de Portabilidad y de Contabilidad de los Seguros de Salud.

### **Cuidado de Salud**

- Usted es responsable de proveer a los CHCs información completa y actual de su salud o enfermedad, así nosotros podemos proveerle el cuidado de salud apropiado. Usted tiene el derecho, y nosotros lo alentamos a participar en decisiones acerca de su tratamiento.
- Usted tiene el derecho a información y explicaciones en el idioma que usted habla normalmente y en las palabras que usted entiende. Usted tiene el derecho a información acerca de su salud y enfermedad, plan de tratamiento (incluyendo riesgos), y resultados esperados, si son conocidos, y/o la información relacionada a Directivas Avanzadas. Si usted no desea recibir esta información, o si no es médicamente aconsejable compartir esta información con usted, los CHCs se la proveerán a una persona legalmente autorizada.
- Usted es responsable por el uso apropiado de nuestros servicios, los cuales incluyen seguir las instrucciones de nuestro personal, hacer y mantener sus citas, y únicamente solicitar una entrevista sin cita previa cuando sea absolutamente necesario. Si usted no entiende o no puede seguir las instrucciones del personal, por favor, déjenos saber para que los CHC puedan ayudarle.

- Si usted es un adulto, usted tiene el derecho a rechazar el tratamiento en la medida que la ley lo permite y de a ser informado de los riesgos al rechazar tal cuidado. Usted es responsable por las consecuencias del rechazo de tratamiento.
- Usted tiene el derecho a un cuidado de salud y tratamiento que es razonable para su condición, y dentro de nuestra capacidad. Usted tiene el derecho a ser transferido o referido a otras facilidades para servicios que los CHCs no pueden proveer. Sin embargo, los CHCs no pagarán por servicios que usted obtenga en otra parte. Aviso: Los CHCs no son centros para emergencias.
- Si usted tiene dolor, tiene el derecho de recibir evaluación y manejo apropiados, según sean necesarios.

### **Reglas del CHCs**

- Usted tiene el derecho de recibir información sobre como usar apropiadamente los servicios del CHC. Usted es responsable de usar los servicios de los CHCs en una manera apropiada. Si usted tiene preguntas acerca del uso de estos servicios, por favor, pregúntenos.
- Usted es responsable por la supervisión de los niños que usted trae a los CHCs. Usted es responsable por la seguridad de ellos y la protección de los otros clientes y de nuestra propiedad.
- Usted tiene la responsabilidad de mantener su lista de citas. El no ir a sus citas causa demoras en su tratamiento o al tratamiento de otros pacientes. Si usted no se presenta a tres (3) citas consecutivas, se le pedirá vaya a hablar con un miembro de nuestro personal para discutir las razones por cuales falla a las citas y si usted podrá continuar o no como paciente de los CHCs.

### **Quejas**

Si usted no está satisfecho con nuestros servicios, por favor, díganos. Los CHCs quieren sugerencias para mejorar nuestros servicios. El personal del CHC le dirá a usted como llenar un formulario de quejas. Si usted no está conforme como el CHC maneja su queja, usted puede llenar otra queja con la Junta de Directores del CHC. Los CHCs no lo maltratarán por hacer una queja o demanda y continuarán atendiéndole como paciente.

### **Terminación**

Los CHCs pueden decidir dejar de tratarlo como paciente. Si los CHCs dejan de tratarlo a usted como paciente, usted tiene el derecho a un aviso con anticipación que explique las razones para la decision y usted tendrá 30 (treinta) días para encontrar otro servicio de salud. Después del aviso de terminación, los CHCs solo proveerán cuidado para condiciones graves de salud por un período de 30 días mientras usted encuentra un nuevo proveedor. Los CHCs pueden decidir dejar de tratarlo inmediatamente y sin aviso si el CHC ha determinado que usted es una amenaza para la seguridad del personal y/u otros clientes. Usted también tiene el derecho de recibir una copia de la norma de terminación. **(Por favor vea AD10.6, Terminating a Patient From CHC Services).**

### **Las razones por las cuales los CHCs pueden dejar de verlo a usted incluyen:**

1. Incumplimiento con las reglas y reglamentos del CHC
2. No llegar a citas durante 3 (tres) veces consecutivas
3. Intencionalmente reportar información incorrecta en relación a su salud
4. Incumplimiento con el programa de cuidado de salud, tal como seguir instrucciones para tomar sus medicamentos, hábitos personales de salud, o no llegar a citas de recomendadas por su doctor
5. Crear una amenaza para la seguridad del personal y/o otros clientes
6. Intencionalmente reportar su estado financiero incorrectamente

Si los CHCs le han dado a usted un aviso de terminación, usted tiene el derecho de apelar la decisión a la Junta de Directores del CHC. Sin embargo, a menos que usted tenga una condición de salud grave que requiera atención médica inmediata, nosotros no continuaremos tratandolo a usted como paciente, mientras usted este apelando la decision.

**Ciudad de Austin/ Condado de Travis Centros de Salud de la Comunidad  
Una División del Departamento de Servicios de Cuidado a la Comunidad**

**RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES  
DE LOS PACIENTES DEL CHC**

Reconozco que el Centro de Salud de la Comunidad (CHC) me ha provisto con una copia escrita de los Derechos y Responsabilidades de los Pacientes. Esta información define claramente mis derechos y responsabilidades como paciente recibiendo servicios de un proveedor asociado al CHC.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Num. de Seg. Soc.: \_\_\_\_\_ MR#: \_\_\_\_\_

Leído por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Persona Autorizada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

---

For Office Use Only

Reviewed by the Privacy Officer: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_