



DERECHOS DEL CLIENTE Y DEL PACIENTE

Como cliente o paciente de los Servicios de salud, tiene derecho a lo siguiente:

Tratamiento respetuoso

1. Atención considerada, respetuosa, profesional, confidencial y oportuna en un entorno seguro y centrado en el paciente.
2. Atención igualitaria e imparcial, independientemente de la raza, el color, el origen nacional, las características sexuales, la orientación sexual, el sexo asignado al nacer, la identidad de género, el género contrario al registrado, la edad, la discapacidad o la información genética.
3. Servicios e información en su propio idioma y en palabras que usted entienda y que respeten su cultura o procedencia, con interpretación, ayudas auxiliares y otros servicios razonables puestos a su disposición sin costo alguno para usted.
4. Servicios libres de abuso verbal, emocional o físico, o comportamiento sexual inapropiado o acoso.
5. Un proceso de apelación para restablecer la atención si se le da de alta del Centro.

Atención competente y de alta calidad

6. Atención prestada por profesionales competentes y calificados que siguen las normas de atención, basadas en pruebas publicadas, directrices clínicas y requisitos federales, estatales y contractuales.
7. Los nombres de los médicos, personal de enfermería y demás personal implicado en su atención.
8. Información sobre las calificaciones y la experiencia de sus proveedores.
9. Atención adecuada o derivación a otros servicios médicos, de salud mental o de otro tipo.
10. Acceso a una segunda opinión.

Toma de decisiones sobre el tratamiento

11. Recibir información completa y actualizada sobre su diagnóstico, las opciones de tratamiento, los medicamentos y los posibles resultados (incluidos los efectos secundarios, las complicaciones y los riesgos más comunes).
12. Hablar con sus proveedores y hacerles preguntas sobre las elecciones y opciones disponibles para su tratamiento.



Servicios de Salud - Declaración de Derechos y Responsabilidades del Cliente y del Paciente

13. Tomar la decisión final sobre qué elección y opción es la mejor para usted después de obtener toda la información que necesita sobre estas opciones y las recomendaciones claras de sus proveedores.
14. Rechazar los tratamientos recomendados tras haber sido informado de los posibles efectos sobre su salud cuando rechaza los tratamientos, aunque sabe que tiene derecho a cambiar de opinión más adelante.
15. Recibir información y tener la oportunidad de utilizar otros servicios de atención y apoyo del Centro, incluidos, entre otros, los estudios de investigación clínica.
16. Rechazar cualquier servicio ofrecido o finalizar su participación en cualquier programa sin que esa elección repercuta en otros servicios que reciba del Centro.
17. Recibir información sobre el proceso de relaciones con los clientes para gestionar situaciones en las que no esté de acuerdo, no entienda o no esté satisfecho con los servicios.
18. Recibir una respuesta a cualquier queja o reclamación en los 30 días siguientes a su presentación.
19. Ser informado sobre cómo acceder a servicios independientes de defensor del pueblo o de defensa fuera del Centro, o al centro de quejas del Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), para que le ayuden a resolver problemas o quejas.

Confidencialidad y privacidad

20. Mantener su información médica confidencial en la mayor medida posible, incluido el uso limitado de información sensible como los resultados de las pruebas del VIH.
21. Una copia del Aviso de prácticas de privacidad de nuestra agencia (se le pedirá que firme un documento para demostrar que el aviso se puso a su disposición).
22. Recibir información sobre cuándo y cómo se utiliza, modifica o divulga su información.

Información y asistencia sobre facturación

23. Recibir información y explicación de todos los cargos que pueda tener que pagar por la atención, el tratamiento y los servicios recibidos del Centro, así como información sobre sus políticas de pago.
24. Recibir información sobre cualquier programa o beneficio al que pueda optar para ayudarle a pagar los servicios.
25. Elegir pagar en efectivo los servicios en lugar de utilizar su seguro de salud, sabiendo que su información sobre dichos servicios no se compartirá con su



Servicios de Salud - Declaración de Derechos y Responsabilidades del Cliente y del Paciente

plan de salud y que usted será responsable de pagar el costo total de los servicios, incluida la parte que suele pagar su seguro de salud.

RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE Y DEL PACIENTE

Como cliente o paciente de los Servicios de salud, usted es responsable de lo siguiente. El incumplimiento de estas responsabilidades puede hacer que los Servicios de salud dejen de prestarle el servicio.

1. Acuda a sus citas o comuníquenos en un plazo de 24 horas antes de su cita si necesita cancelarla.
2. Participe en la planificación de sus cuidados, tratamiento y servicios en la medida de sus posibilidades.
3. Siga los planes de tratamiento que acuerde, aceptando los resultados o efectos sobre su salud cuando no siga los planes de tratamiento.
4. Informe a su proveedor cuando no entienda la información que le ha proporcionado.
5. Informe a su proveedor si necesita servicios de interpretación o traducción (como el lenguaje de señas), ayudas auxiliares o material escrito en formatos alternativos para favorecer una comunicación eficaz con usted.
6. Informe a su proveedor sobre los ajustes razonables a sus políticas, prácticas o procedimientos que necesite para obtener servicios de atención médica del Centro.
7. Solo utilice el portal del paciente, los números de teléfono del Centro, las direcciones de correo electrónico del Centro y las direcciones postales del Centro para ponerse en contacto con su proveedor del Centro o con el personal del Centro sobre su atención o servicios.
8. Facilite, a su leal saber y entender, información precisa y completa sobre su estado de salud actual y pasado, otros proveedores médicos y de salud mental, y medicamentos o fármacos que utilice y que no le hayan recetado los proveedores del Centro; todo ello puede afectar su atención médica.
9. Proporcione y actualice información completa y precisa sobre su cobertura de seguro, información financiera, información de facturación y otra información necesaria para proporcionar o pagar los servicios.
10. Proporcione y mantenga información actualizada sobre cómo ponerse en contacto con usted de forma confidencial por teléfono, correo postal, correo electrónico y otros medios.



Servicios de Salud - Declaración de Derechos y Responsabilidades del Cliente y del Paciente

11. Pague puntualmente los servicios prestados.
12. Acepte la atención de integrantes del personal calificados y de proveedores remitidos para recibir servicios sin tener en cuenta su raza, color, lugar de origen, sexo, orientación sexual, edad o capacidad.
13. Trate con dignidad y respeto al personal del Centro, clientes, pacientes, visitantes y otros proveedores a los que se le remita para recibir servicios, lo que incluye:
 - 13.1. Cooperar con el personal del Centro o seguir sus indicaciones.
 - 13.2. No decir groserías.
 - 13.3. No ser física o verbalmente abusivo, hostil, amenazador, acosador, sexualmente acosador, intimidatorio o perturbador para los demás.
 - 13.4. No robar ni vandalizar nada en el Centro.
 - 13.5. No consumir alcohol ni sustancias ilícitas durante su visita al Centro.
 - 13.6. No portar ni utilizar armas.
14. No altere, modifique ni falsifique ningún expediente, documento o información que se le proporcione desde el Centro y que pueda tergiversar diagnósticos, observaciones u otra información de sus proveedores.
15. Utilice el proceso de relaciones con los clientes y las encuestas de satisfacción para compartir sus desacuerdos, preocupaciones o comentarios sobre la atención o los servicios de los programas de Servicios de salud del Centro.
16. Mantenga la confidencialidad de todas las personas que reciban o presten atención o servicios en nuestra agencia al nunca grabar los servicios (audio o video), ni mencionar a nadie sobre otros clientes o pacientes que se atiendan en las clínicas de los Servicios de salud sin su permiso y no se acerque a otros pacientes fuera del Centro si no tiene ya una relación personal con ellos.

Mi firma a continuación es un reconocimiento de que he leído y entiendo mis derechos y responsabilidades como cliente o paciente del Departamento de Servicios de Salud del Centro LGBT de Los Ángeles.

Firma: _____ Fecha: _____