



Servicios de salud Declaración de derechos y responsabilidades del cliente

El objetivo de esta Declaración de derechos y responsabilidades del cliente es permitirles a los clientes actuar en su propia representación y en colaboración con sus proveedores, para obtener la mejor atención y tratamiento médicos y de salud mental posibles. Como persona que ya está accediendo o comienza a acceder a atención, tratamiento o servicios de apoyo médicos y de salud mental, tiene derecho a lo siguiente:

A. Trato respetuoso

1. Recibir atención considerada, respetuosa, profesional, confidencial y oportuna en un entorno seguro y centrado en el cliente.
2. Recibir atención equitativa y libre de prejuicios, de conformidad con la ley estatal y federal.
3. Recibir información sobre las cualificaciones y la experiencia de sus proveedores.
4. Recibir los nombres y la información de contacto de los médicos, el personal de enfermería y demás personal que participa de su cuidado.
5. Recibir adaptaciones seguras para la protección de sus elementos personales mientras recibe atención y servicios.
6. Recibir servicios e información en su idioma, y de una manera que respete su cultura y trasfondo.
7. No sufrir abuso verbal, emocional o físico, ni ser víctima de comportamientos sexuales inapropiados u hostigamiento.
8. Contar con un proceso de apelación para el alta si recibe servicios a través de Drug Medi-Cal.

B. Atención competente y de alta calidad

1. Recibir atención de parte de profesionales competentes y cualificados que siguen las normas asistenciales y se basan en las pruebas publicadas y los lineamientos disponibles, así como los requisitos federales, estatales y contractuales.
2. Tener acceso a un cuidado apropiado y a derivaciones a otros servicios médicos, de salud mental o de cuidado.
3. Tener acceso a una segunda opinión.

C. Decisiones relativas al tratamiento

1. Recibir información completa y actualizada en palabras que pueda entender sobre su diagnóstico, opciones de tratamiento, medicamentos y posibles resultados (incluidos los efectos secundarios, las complicaciones y los riesgos frecuentes).
2. Participar de forma activa con sus proveedores en las conversaciones sobre las opciones disponibles para su tratamiento.
3. Tomar la decisión final sobre qué opción es mejor tras haber recibido toda la información pertinente al respecto y la recomendación clara de su proveedor.
4. Rechazar cualquier tratamiento recomendado y conocer el efecto que podría tener sobre su salud si no se somete al tratamiento, ser informado sobre todas las posibles consecuencias de su rechazo y tener la garantía de que puede cambiar de opinión más tarde.
5. Ser informado sobre la oportunidad de participar en servicios de atención y apoyo adicionales y tener dicha oportunidad, lo que incluye, entre otras cosas, estudios de investigación clínica.
6. Rechazar los servicios ofrecidos o dar por finalizada la participación en un programa sin sufrir prejuicios o consecuencias en su atención.
7. Recibir información sobre los procedimientos que se implementan en nuestra agencia para resolver malentendidos, expresar quejas o presentar reclamaciones.
8. Recibir una respuesta a toda queja o reclamación dentro de los 30 días posteriores a su presentación.
9. Ser informado sobre los servicios de mediación o defensa independientes ajenos a nuestra agencia que pueden ayudarlo a resolver problemas o reclamaciones, incluido el modo de acceder a un centro federal de quejas dentro del Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

**DECLARACIÓN DE DERECHOS Y
RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE**

Nombre:

PF#:



Servicios de salud Declaración de derechos y responsabilidades del cliente

D. Confidencialidad y privacidad

1. Recibir una copia del Aviso de políticas y procedimientos de privacidad de nuestra agencia. Le pediremos que acuse recibo de este documento.
2. Mantener la confidencialidad de sus resultados de VIH o el anonimato con respecto a los servicios de prueba y tratamiento para el VIH. Recibir una explicación sobre la información relativa a las políticas de confidencialidad y en qué condiciones, de existir, podría revelarse la información sobre los servicios de atención en relación con el VIH.
3. Examinar su historia clínica y recibir copias de sus registros (podrían regir políticas razonables de la agencia).
4. Autorizar o revocar solicitudes de acceso personal a su historia clínica designada para una persona distinta de usted.
5. Cuestionar la información que consta en su historia clínica designada y presentar una solicitud por escrito para modificar información específica. Su proveedor tiene derecho a aceptar o rechazar su solicitud con una explicación.
6. Aprobar o impedir el uso o la revelación de información sobre su participación en el programa de “servicios de recuperación para adicciones” del centro, según se describe en la parte 2 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations).

E. Información sobre facturación y asistencia

1. Recibir información completa y una explicación anticipada de todos los cargos que podría enfrentar por recibir atención, tratamiento y servicios, así como de las políticas de pago de su proveedor.
2. Recibir información sobre los programas que podrían ayudarlo a pagar y ayuda para acceder a tales asistencias y otros beneficios para los que podría ser elegible.

F. Responsabilidades del paciente o cliente

Para ayudarle a que su proveedor les brinde a usted y a otros clientes la atención a la que tienen derecho, usted también tiene las siguientes responsabilidades. El incumplimiento de estas responsabilidades puede hacer que se le dejen de brindar los servicios de salud.

1. Participar en su cuidado, tratamiento y planificación de servicios, en la medida en que pueda hacerlo.
2. Brindar información precisa y completa sobre sus afecciones médicas, medicamentos, tratamientos y servicios actuales y previos, incluidos los servicios que haya recibido de otros proveedores de atención médica, dado que todos estos pueden afectar su atención.
3. Informar de manera oportuna los cambios o nuevos sucesos en sus proveedores de atención o servicios, la cobertura del seguro, su dirección o información de contacto, información de facturación y demás información necesaria para administrar sus servicios.
4. Comunicarse con su proveedor cuando no entienda la información que reciba.
5. Seguir el plan de tratamiento que acordó o aceptar las consecuencias de no seguir el tratamiento recomendado o de recurrir a otros tratamientos.
6. Cumplir con sus turnos de consulta y compromisos con nuestra agencia o informarnos si no puede hacerlo, por medio de un aviso de cancelación con 24 horas de antelación (podría ser expulsado de los servicios después de faltar a dos o más turnos de consulta o de realizar varias cancelaciones sin el aviso pertinente).
7. Mantener informado a su proveedor o contacto principal sobre cómo comunicarse con usted de manera confidencial por teléfono, correo u otros medios.
8. Tratar al personal del centro, los clientes, pacientes, visitantes y proveedores a los que fue derivado con dignidad y respeto, sin importar su raza, color de piel, lugar de origen, género, orientación sexual, edad o capacidad.
9. Aceptar la atención de los miembros del personal calificados y los proveedores a los que fue derivado, sin importar su raza, color de piel, lugar de origen, género, orientación sexual, edad o capacidad.
10. Abstenerse de usar vocabulario obsceno, abusivo u hostil, y amenazas, violencia o intimidación; de portar armas de cualquier tipo; de robar o realizar actos de vandalismo; de encontrarse bajo los efectos de estupefacientes; y de

**DECLARACIÓN DE DERECHOS Y
RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE**

Nombre:

PF#:



Servicios de salud Declaración de derechos y responsabilidades del cliente

mantener conductas de hostigamiento o acoso sexual u otros comportamientos inadecuados al acceder a los servicios o comunicarse con el personal, otras personas del centro o con los proveedores a los que fue derivado.

11. Mantener la confidencialidad de todas las personas que reciban o brinden atención o servicios en nuestra agencia al no grabar los servicios (por audio o video), ni mencionarle a nadie a quién ve aquí y no dirigirse a otros clientes fuera del centro si no tiene una relación personal con ellos.
12. Proporcionar un pago oportuno por los servicios prestados.

Mi firma a continuación significa que he leído y comprendido mis derechos y responsabilidades como cliente del Departamento de Servicios de Salud de Los Angeles LGBT Center.

Firma: _____

Fecha: _____

**DECLARACIÓN DE DERECHOS Y
RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE**

Nombre:

PF#: