



Derechos y responsabilidades de los pacientes:

La siguiente lista de derechos y responsabilidades no pretende abarcar todos los aspectos, sino que tiene la finalidad de mostrar nuestro interés por usted y enfatizar la necesidad de que se cumplan estos derechos y responsabilidades.

Como paciente, usted tiene derecho a:

- Recibir una atención amable y respetuosa en un ambiente seguro y libre de cualquier forma de abuso, acoso o discriminación.
- Participar en el desarrollo y la implementación de su plan de atención y participar activamente en decisiones concernientes a su atención médica. Esto incluye solicitar o rechazar un tratamiento, en la medida que lo permita la ley.
- En caso de que lo solicite, hacer que notifiquen de su admisión a un miembro de su familia, a un representante de su elección o a su médico de manera oportuna.
- No someterse a ningún procedimiento, a menos que usted o su representante legalmente autorizado otorgue un consentimiento voluntario, competente y comprensible.
- Estar bien informado sobre su enfermedad, posibles tratamientos y resultados probables de la atención (incluidos los resultados inesperados) y a discutir esta información con su médico. Tiene derecho a nombrar a alguien que reciba esta información en su nombre.
- Hacer que un representante designado esté presente para estar al tanto de cualquier novedad con respecto al curso de su atención de rutina. En caso de emergencia, cuando carezca de la capacidad para tomar decisiones y necesite un tratamiento urgentemente, hacer que la información se le facilite a otra persona en su nombre. Le comunicaremos a su representante designado cualquier cambio significativo en su estado, tal como una transferencia a un nivel de atención más intenso o la necesidad de un procedimiento de emergencia no planificado, tan pronto como la atención clínica lo permita.
- Tener una directiva anticipada (como un poder de atención médica o de donación de órganos o un testamento en vida) y contar con que Inova cumplirá con la intención de la directiva en la medida permitida por la ley y la política del centro.
- La confidencialidad de sus expedientes de tratamiento, a menos que usted haya dado permiso para divulgar información o si la ley exige o permite que se presente un informe.
- Abandonar el centro, incluso en contra de las recomendaciones de su médico.
- Conocer el nombre del médico, psicólogo clínico u otro profesional de la salud que haya tenido la responsabilidad principal de coordinar su atención, tratamiento o sus servicios.
- Tener una charla sobre las alternativas cuando la atención en el centro ya no sea lo más apropiado para usted.
- Que su médico le informe sobre lo que debe hacer para continuar su atención médica después de que venga a consulta al centro o de que le den de alta de allí.
- Tener acceso a servicios gratuitos de interpretación.
- La privacidad de su información médica. Que las divulgaciones con respecto a usted, sus derechos o nuestras obligaciones en cuanto al uso y divulgación de su información médica se hagan de conformidad con nuestro Aviso sobre las prácticas de privacidad.
- Si prefiere, puede ponerse en contacto con el Departamento de Salud de Virginia: Virginia Department of Health, Office of Licensure and Certification, 9960 Mayland Drive, Suite 401, Richmond, VA 23233, o llamar al 800-955-1819. Adicionalmente, puede contactar a la Comisión Mixta de la Oficina de Supervisión de Calidad: Office of Quality Monitoring, The Joint Commission, One Renaissance Blvd., Oakbrook Terrace, IL 60181 o en www.jointcommission.org utilizando el "Action Center" ("Centro de Acción") en la página de inicio del sitio web.

Llame al 703-205-2175 para presentar una queja si cree que Inova no ha prestado estos servicios de forma adecuada o que lo ha discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Puede presentar una queja en persona o por correspondencia, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda adicional para presentar una queja, el personal o el gerente de atención al paciente (*Patient Relations*) está disponible para ayudarlo.

Como paciente, usted es responsable de:

- Suministrar información completa y exacta sobre su salud, incluso de enfermedades previas, estadías en el centro, uso de medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
- Hacer preguntas cuando no entienda lo que se le ha dicho sobre su atención o lo que se espera que usted haga.

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Gender: Male Female

Inova

Derechos y responsabilidades del paciente

Patient Rights and Responsibilities

IAH IFH IFOH ILH IMVH **SPANISH**

IMG: _____ Otro: _____

Página 1 de 2

CAT # 20792DT ES / R092719 • PKGS OF 100



Como paciente, usted es responsable de: (continuación)

- Seguir el plan de atención, de servicios o de tratamiento elaborado para usted.
- Entender que los pacientes no pueden fotografiar, grabar en video o audio ni filmar a ninguna persona o práctica en la propiedad de Inova sin la previa autorización. Esto también se aplica a sus visitantes.
- Reconocer que todos los medicamentos que tomará en el centro se los recetará su médico, se los surtirá la farmacia del centro y se los administrará el personal de enfermería o el terapeuta.
 - Los pacientes no pueden tomar sus medicamentos por su cuenta, a menos que lo autorice el protocolo del centro;
 - Los pacientes no pueden conservar medicamentos cerca de su cama.
- Avisarle a su médico si cree que no puede completar su plan de tratamiento y comprender los posibles resultados si decide no seguir con el plan de tratamiento recomendado.
- Proporcionarle al centro información precisa de contacto y de facturación.
- Conocer a fondo su cobertura médica, incluidos deducibles, copagos y cobertura dentro de la red.
- Ser respetuoso con el personal. Esto también se aplica a sus visitantes.
- Tener consideración con los demás pacientes y los bienes del centro, y seguir las normas y regulaciones del centro. Esto también se aplica a sus visitantes.
- Reconocer que el centro no puede hacerse responsable por ningún bien personal.

Aviso de consentimiento implícito para pruebas de enfermedades infecciosas:

La Sección 32.1-45.1 del Código de Virginia establece que cuando una persona que brinda atención médica o un paciente están directamente expuestos a los fluidos corporales de otra persona de una manera que se pueda transmitir el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o el virus de la hepatitis B o C, se considera que esa otra persona ha dado su consentimiento para realizar las pruebas de detección de esos virus y divulgar sus resultados a la persona expuesta, y no se requiere el consentimiento en sí.

Consentimiento para tratamiento:

- Autorizo por la presente el tratamiento médico proporcionado por el médico, el personal clínico y el personal técnico asignados a mi atención o a la atención de mi niño menor de edad o al paciente mencionado a continuación.
- Autorizo a quienes me proporcionen tratamiento a ordenar servicios auxiliares, como pruebas de laboratorio o radiología, o cualquier otro servicio o tratamiento que se considere necesario para mi atención y seguridad. Las pruebas de laboratorio pueden incluir la prueba de VIH y comprendo que tengo derecho a rechazar la realización de esta prueba.
- Comprendo que Inova utiliza un sistema electrónico de expedientes médicos.
- Autorizo la divulgación de mi historial de recetas a mi médico de Inova de parte de cualquier farmacia o agencia de monitoreo de medicamentos.
- Al firmar a continuación, reconozco y acepto los derechos y las responsabilidades descritos anteriormente y doy consentimiento para que se haga el tratamiento.

Paciente/Tutor/etc. (firma)
(Patient/Guardian/etc. ((signature)))

Paciente/Tutor/etc. (nombre en letra de imprenta)
(Patient/Guardian/etc. (print name))

Fecha
(Date)

Hora
(Time)

Parentesco con el paciente (en caso de no tener la firma del paciente)
(Relationship to Patient (if not signed by patient))

Testigo (firma) (Witness (signature))

Testigo (nombre en letra de imprenta)
(Witness (print name))

Fecha
(Date)

Hora
(Time)

Información sobre el intérprete para que el personal de Inova la complete (si corresponde)

Interpreter Information (To be completed by Inova staff, if applicable): **No Interpreter Required**

In person Telephonic Video Interpreter name/ID number (if applicable) _____

Patient/Designated Decision Maker was offered and refused interpreter Waiver signed

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Gender: Male Female

Inova

Derechos y responsabilidades del paciente

Patient Rights and Responsibilities

SPANISH

