



# Derechos y Responsabilidades del Paciente

Este formulario establece sus derechos y responsabilidades como paciente de Tiburcio Vasquez Health Center, Inc. (TVHC). Le sugerimos de mantener una comunicación activa con su equipo de atención médica, participar en sus opciones de tratamiento y promover su seguridad manteniéndose bien informado e involucrado en su cuidado de salud. De esta manera podemos ofrecerle un cuidado apropiado, oportuno, y de calidad.

## Sus Derechos

**Respeto y Seguridad:** Usted tiene el derecho a ser tratado con respeto, dignidad y consideración y no ser discriminado por motivo de raza, nacionalidad, color, orientación sexual, sexo, género presentado, credo, religión, edad, o incapacidad mental o física. Tiene derecho a ser atendido en un ambiente seguro, exento de cualquier forma de abuso, descuido o maltrato.

**Cuidado de salud:** Recibir información sobre los efectos secundarios de los medicamentos; participar en decisiones acerca de su tratamiento; rehusar dicho tratamiento en base a su entendimiento de las consecuencias de su decisión; conseguir una segunda opinión médica sobre su diagnóstico o tratamiento; conocer el nombre y capacidad profesional del personal que le atiende; avisarnos si usted no comprende las instrucciones de su tratamiento; recibir información sobre su atención médica en su idioma preferido y de una manera que satisfaga sus necesidades visuales, auditivas, de lenguaje, o de cognición; formular instrucciones anticipadas de atención de salud y escoger una persona que pueda tomar decisiones medicas por usted.

**Comunicación:** Estar informado con anticipación de la hora y lugar de su cita y el nombre de la persona que le va a atender; en caso de que su cita tenga que ser cancelada, se le avisará con anticipación, excepto en casos de emergencias. Proveernos autorización para comunicarnos con usted cuando sea necesario, ya sea por escrito o por teléfono.

**Reporte:** Estar informado que por ley estamos obligados a denunciar cualquier sospecha de violencia doméstica, de abuso o abandono de niños, y abuso a personas mayores. Si se determina que usted puede poner en peligro su propia vida o la de otros, tomaremos precauciones para evitar una tragedia.

**Confidencialidad:** Puede contar con la plena consideración de su privacidad y confidencialidad en su atención médica, exámenes y tratamientos. Todas las comunicaciones e historia médica permanecerán confidenciales, a menos que la divulgación esté permitida por la ley. Tiene derecho a ver y obtener una copia de su historia médica.

**Cuidado de Calidad:** Usted tiene el derecho a estar satisfecho con el tratamiento recibido, y de expresar sus preocupaciones acerca del tratamiento recibido. Si usted tiene un problema, puede comunicarse con su equipo de atención médica o con el Departamento de Compliance and Quality al número 510-471-5907 ext. 3298.

## Sus Responsabilidades

**Conducta:** Se espera que usted trate al personal de TVHC, a otros pacientes y visitantes con cortesía y respeto manteniendo un lenguaje y una conducta civiles en todas las interacciones; que cumpla con todas las instrucciones, las políticas, reglas y regulaciones del centro de salud para garantizar un cuidado de calidad para los pacientes y un ambiente seguro para todos los individuos en la clínica; que sea conscientes de los niveles de riesgo, la privacidad, las propiedades de la clínica y sea responsable de sus hijos menores de edad en todo momento.

**Información Precisa:** Se espera que brinde información completa y correcta, incluyendo su nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social, aseguradora médica, ingreso y empleador, cuando se requiera.

**Cuidado de salud:** Se espera que dé información correcta y completa acerca de su salud y su historia médica, incluyendo su condición actual, las enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos, y cualquier otro asunto concerniente a su salud, incluyendo los riesgos de seguridad percibidos. Si es el caso, se espera que participe activamente en el plan de manejo de su dolor y que mantenga a su equipo de atención médica informado sobre la eficacia de dicho tratamiento. Usted es responsable por los riesgos y consecuencias si rehúsa tratamiento o no cumple con las instrucciones de su proveedor.

**Cobertura y Pago:** Se espera que brinde información correcta y completa acerca la cobertura de su plan de seguro médico y que pague las facturas a tiempo.

**Puntualidad:** Usted tiene la responsabilidad de cumplir con las citas, ser puntual y llamar si no puede asistir a sus citas.

