Harmony Community Clinic
1103 W Hibiscus Blvd, Suite 302A, Melbourne, FL 32901 · harmonycommunityclinic@gmail.com

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Resumen basado en la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente de Florida (Sección 381.026, Estatutos de Florida). El texto completo está disponible en la recepción.

Nombre del paciente (letra de molde)	Fecha de nacimiento	Fecha

Como paciente, usted tiene derecho a:

- Ser tratado con cortesía y respeto, con aprecio por su dignidad y con protección de su privacidad.
- Recibir una respuesta pronta y razonable a sus preguntas y solicitudes.
- Saber quién le brinda atención y cuáles son sus credenciales profesionales.
- Saber qué servicios de apoyo al paciente hay disponibles, incluyendo si hay un intérprete si usted no habla inglés.
- Recibir información sobre su diagnóstico, el tratamiento planeado, las alternativas, los riesgos y el resultado esperado, en palabras que pueda entender.
- Rechazar cualquier tratamiento, excepto cuando la ley disponga otra cosa.
- Recibir, si lo pide, información completa y orientación sobre recursos financieros para su atención, y un estimado razonable de los cargos antes del tratamiento.
- Recibir una copia de una factura detallada y comprensible y, si lo pide, que le expliquen los cargos.
- Recibir acceso imparcial al tratamiento médico, sin importar su raza, origen nacional, religión, discapacidad o forma de pago.
- Saber si su tratamiento es parte de una investigación experimental, y aceptar o rechazar participar.
- Que su expediente médico e información de salud se mantengan confidenciales, y obtener copias de su expediente según lo permita la ley.
- Expresar quejas sobre cualquier violación de sus derechos sin temor a represalias.

Como paciente, usted es responsable de:

- Dar información correcta y completa sobre sus molestias actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos de salud.
- Reportar cambios inesperados en su condición.
- Decirnos si entiende el tratamiento planeado y lo que se espera de usted.
- Seguir el plan de tratamiento recomendado por su proveedor, o avisarnos si decide no hacerlo.
- Asistir a sus citas y avisarnos cuando no pueda asistir.
- Aceptar la responsabilidad de sus decisiones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones.
- Asegurarse de cumplir con las obligaciones financieras de su atención lo antes posible.
- Seguir las reglas de la clínica y tratar con respeto al personal y a otros pacientes.

Preguntas y quejas

Por favor comparta primero cualquier inquietud con nuestro personal o por correo a harmonycommunityclinic@gmail.com. También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Florida, Unidad de Servicios al Consumidor (Consumer Services Unit), 4052 Bald Cypress Way, Bin C-75, Tallahassee, FL 32399-3275; teléfono (850) 245-4339; en línea en www.flhealthsource.gov.

Recibí y entiendo este resumen de mis derechos y responsabilidades. _____ Iniciales

Firmas

Al firmar abajo, confirmo que leí este formulario (o me lo leyeron) en un idioma que entiendo, que tuve la oportunidad de hacer preguntas y todas fueron contestadas, y que acepto sus términos de forma voluntaria.

Nombre del paciente (letra de molde)	Firma del paciente	Fecha

Padre / madre / tutor / representante legal (letra de molde, si aplica)	Parentesco con el paciente	Firma del representante	Fecha

Nombre y credenciales del proveedor	Firma del proveedor	Fecha

Cuéntenos sobre su visita

Su opinión ayuda a otras familias a encontrar atención de calidad. Después de su visita, escanee este código con la cámara de su teléfono para dejarle una reseña a Harmony Community Clinic en Google.

Gracias por confiarnos su salud.