



DERECHOS Y RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE Y CENTRO

Bienvenidos a Salina Family Healthcare Center (SFHC). Nuestra meta es proporcionar cuidado médico de calidad a todas las personas en esta comunidad, sin importar su capacidad de pagar. SFHC es una facilidad de enseñanza y estudiantes pueden observar o asistir con su cuidado, de su niño y/o del individuo señalado. Como paciente, usted tiene derechos y responsabilidades. El Centro SFHC también tiene derechos y responsabilidades. Queremos que usted entienda estos derechos y responsabilidades para que usted pueda ayudarnos a proporcionarle a usted el mejor cuidado médico. Por favor lea y firme esta declaración y háganos cualquier pregunta que pueda tener. Las expectativas del paciente y del SFHC en un hogar médico centrado en el paciente (PCMH, por sus siglas en inglés) se definen específicamente en el Paquete para pacientes nuevos.

A. Derechos Humanos

Tiene derecho a ser tratado con respeto independientemente de su raza, color, estado civil, religión, sexo (incluyendo embarazo) origen nacional, ascendencia, impedimento o discapacidad física o mental, edad, condición de veterano u otros motivos no permitidos por las leyes federales, estatales y reglamentos locales

B. Pagos para Servicios

1. Usted es responsable de dar la información correcta al personal SFHC sobre su actual estado financiero y cualquier cambio en su estado financiero. El personal necesita esta información para decidir cuánto cobrarle y/o poder mandar la cuenta al seguro privado, Medicaid, Medicare, u otros beneficios para el cual usted puede ser elegible. Si usted califica para el Programa de Descuento, le cobrarán un honorario descontado.
2. Tiene derecho a recibir explicaciones sobre la factura del Centro. Debe pagar, o hacer arreglos para pagar, todas las tarifas acordadas por los servicios médicos. Por lo general, los servicios dentales, de la vista y de salud del comportamiento se brindan de forma prepaga. Si no puede pagar, infórmele al personal para que se pueda brindar cuidado y se pueda hacer un plan de pago. La ley federal prohíbe que SFHC le niegue servicios de cuidado médico primario que es médicamente necesarios, únicamente porque usted no puede pagar por esos servicios, o porque el pago de esos servicios se realizaría según Medicare, Medicaid o el Programa de seguro médico para niños (CHIP).
3. Si a un paciente se le debe un reembolso, la cantidad del reembolso se le aplicará a cualquier cantidad debida en la cuenta del paciente antes de que el cheque de reembolso sea creado.
4. Si no tiene seguro médico o no está utilizando un seguro médico para un servicio, tiene derecho a recibir una Estimación de Buena Fe por el costo total esperado de cualquier artículo o servicio que no sea de emergencia.
 - a. Usted tiene derecho a recibir el Estimado de Buena Fe antes de recibir cuidado, siempre y cuando programe su cita con al menos tres (3) días de anticipación. También puede solicitar un presupuesto de buena fe antes de programar una cita para un servicio en particular.
 - b. Si recibe una factura que es más que su Estimación de Buena Fe por \$400 o más, puede disputar su factura.
 - c. Para preguntas o más información sobre su derecho a un Estimado de Buena Fe, visite www.cms.gov/nosurprises o llame al 1-800-985-3059.

C. Privacidad

Usted tiene el derecho de tener sus entrevistas, exámenes, y tratamientos en privado. Su expediente médico también es privado. Solamente las personas legalmente autorizadas pueden ver su expediente médico a menos que usted pida por escrito que los demos a, o los copien para, algún otro. Si usted utiliza el portal del paciente Internet-basado para ver sus informes médicos es su responsabilidad de guardar su información de salud. No comparta su nombre del usador y contraseña con ninguna persona. Puede encontrar una discusión completa de sus derechos de privacidad en el Aviso de prácticas de privacidad de SFHC que acompaña a este documento. El Aviso de prácticas de privacidad establece cómo SFHC puede usar o divulgar sus registros médicos y los derechos que se le otorgan a usted bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés).

D. Cuidado Medico

1. Usted es responsable de darle al Centro información actual y completa sobre su salud o enfermedad, para nosotros poder darle a usted el cuidado médico apropiado. Tiene derecho, y se le anima, a que participe en decisiones sobre su tratamiento.
2. Usted tiene el derecho de información y explicación en el lenguaje que usted normalmente habla y en palabras que usted entiende. Usted tiene derecho sobre su salud o enfermedad, plan de tratamiento, incluyendo la naturaleza de su tratamiento; beneficios expectantes; riesgos y peligros inherentes (y la consecuencia de rechazar el tratamiento); las alternativas razonables, si alguna (y sus riesgos y ventajas); y el resultado previsto, si se sabe. Esta información se llama obteniendo su consentimiento informado.
3. Tiene derecho a recibir información sobre directivas anticipadas. Si no desea recibir esta información, o si no es médicamente recomendable compartir esa información con usted, se la proporcionaremos a su representante legalmente autorizado.
4. Usted es responsable del uso apropiado de los servicios de SFHC, lo que incluye seguir las instrucciones del personal, programar y mantener citas programadas y solicitar una cita sin cita previa si está enfermo. Es posible que los profesionales de SFHC no puedan verlo a menos que tenga una cita. Si no puede entender o seguir las instrucciones del personal, solicite una aclaración.
5. Tiene derecho a rechazar tratamientos o procedimientos en la medida permitida por las leyes y reglamentos aplicables. En este sentido, tiene derecho a ser informado de los riesgos, peligros y consecuencias de rechazar dicho tratamiento o procedimiento. Su recepción de esta información es necesaria para que su rechazo sea informado. Usted es responsable de las consecuencias y el resultado de rechazar el tratamiento o los procedimientos recomendados. Si rechaza un tratamiento o procedimiento que sus proveedores de atención médica creen que es lo mejor para usted, es posible que se le solicite que firme un formulario de Negación para permitir el tratamiento o los servicios médicos o un formulario Contra el consejo médico (según corresponda).
6. Tiene derecho a cuidado médica y tratamiento que sea razonable para su condición y dentro de nuestra capacidad, sin embargo, SFHC no es un centro de cuidado de emergencia. Tiene derecho a ser transferido o referido a otro centro para recibir servicios que SFHC no puede proporcionar. SFHC no paga los servicios que recibe de otro proveedor de atención médica.

7. Si usted tiene dolor, usted tiene derecho de recibir una evaluación apropiada y manejo de su dolor, como sea necesario.

E. Normas del Centro

1. Usted Tiene derecho a recibir información sobre cómo utilizar adecuadamente los servicios de SFHC. Usted es responsable de usar los servicios de SFHC de manera adecuada. Si tienes preguntas, por favor pregunte.
2. Usted es responsable por la supervisión de sus hijos que usted trae con usted al Centro SFHC. Usted es responsable por la seguridad de sus hijos y la protección de otros pacientes y nuestra propiedad. Si niños que trae con usted no tienen supervisión suficiente durante su cita, le pueden pedir reprogramar su cita para otro tiempo. Excepto como se indica en las leyes del estado de Kansas, los niños de 15 años o menos no pueden ser vistos sin la presencia de un padre o tutor, excepto en circunstancias especiales. Si su hijo tiene 15 años o menos, puede completar un formulario de autorización de menores para dar permiso a otros adultos para que lleven a su menor a sus citas.
3. Usted tiene una responsabilidad de mantener sus citas programadas. Una llamada telefónica se hará para confirmar su cita al número de teléfono que usted nos ha dado por lo menos dos (2) días antes de su cita Si usted no confirma su cita dentro de 24 horas de la cita su cita se cancela. Así que es muy importante que usted mantenga su número de teléfono actualizado con nuestra oficina. Cuando cancelando cualquier cita usted tiene que dar un aviso de veinte cuatro (24) horas en adelantado.

Si usted falta 3 citas dentro de un periodo de seis (6) meses a usted lo puede colocar en un estado de "cita solamente el mismo día"; Esto quiere decir que usted podrá ver a su proveedor medico si usted llama a nuestra oficina en la mañana o si pasa por la oficina y ahí una cita disponible. No podrá hacer cita para una futura fecha. Cancelar su cita con menos de treinta (30) minutos antes de la hora de inicio programada también contará como una cita perdida...

Si usted llega 5 minutos o más minutos tarde para una cita, no lo verán para esa cita y necesita que volver hacer la cita.

Específico Dental Si falla en llama y reprograma una cita de nuevo paciente o la segunda cita de seguimiento, se colocará en un estado de "cita solamente el mismo día"; no podrá programar citas futuras. El servicio se prestará el mismo día.

4. Nos comprometemos a tratar a todos los pacientes con cortesía y respeto. Por favor sea cortés con todos los miembros del personal. El comportamiento abusivo hacia los miembros del personal puede ser motivo de despido.
5. Usted tiene la responsabilidad de reportar información financiera correcta. Si llega a nuestra atención que nos proporcionó información falsa mientras estaba en nuestro Programa de descuento, SHEF puede suspender los servicios futuros a través del Programa de descuento. SFHC le imprimirá una carta del *Aviso de Cobertura de Salud* a usted el cual indica que usted debe traer su tarjeta del seguro médico a su cita siguiente. Si usted no proporciona su tarjeta del seguro médico, entonces consideraríamos que usted pagara la cuenta entera.

SFHC continuará brindando sus servicios de salud/dentales; sin embargo, los servicios futuros a través de nuestro Programa de descuento no se permitirán durante al menos un año.

F. Quejas

1. Si desea solicitar un proveedor diferente, puede escribir una carta al Oficial de Cumplimiento a 651 E. Prescott Rd., Salina, KS 67401. Describa el motivo de su solicitud para cambiar de proveedor médico.
2. Si usted no está satisfecho con nuestros servicios, por favor díganos. Queremos sugerencias para nosotros poder mejorar nuestros servicios. El personal le dirá como registrar una queja.
3. Si presenta una queja, ningún representante de SFHC lo castigará, discriminará o tomará represalias por hacerlo, y SFHC continuará brindándole servicios.
4. Si usted no está satisfecho como se manejó su queja, usted puede escribirle un carta al Centro de la Junta del Gobierno a 651 E. Prescott Rd., Salina, KS 67401 o someta una forma al FTCA (SF-95) para el U.S. Department of Health and Human Services Office of the General Counsel General Law Division Claims and Employment Law Branch, 330 C Street, SW Atención: CLAIMS, Switzer Building, Suite 2600 Washington, DC 20201.

G. Terminación

Si el Centro SFHC decide que tenemos que parar de tratarlo como paciente, usted tiene el derecho a un aviso por escrito en adelantado que le explica la razón por esta decisión, y le dan treinta (30) días para encontrar otros servicios médicos. Pero, el Centro SFHC puede decidir de parar de tratarlo a usted inmediatamente, y sin aviso escrito, si ha creado una amenaza a la seguridad del personal/ o pacientes. Tiene derecho de recibir una copia del Centro SFHC Terminación de la Relación del Paciente del Centro Póliza y Procedimiento.

Razones por las cuales podemos parar de mirarlo incluye, pero no están limitados a:

1. Fallar en obedecer las reglas y políticas del Centro, como obedecer un contrato de narcóticos;
2. Fallar en cumplir con el plan del cuidado médico detallado por su doctor, el cual ha sido explicado a usted y el cual es razonable y dentro de su habilidad de cumplir;
3. Fallar intencionalmente de reportar información exacta con respecto a su salud o su enfermedad;
4. Fallar en hacer citas de enseguida o mantener citas programadas;
5. Creando una amenaza a la seguridad de y/o comportamiento abusivo hacia personal y/u otros pacientes.