

Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente

Usted tiene derecho:

- A que le brinden servicios de manera considerada y respetuosa. A obtener servicios sin importar la raza, el credo, la nacionalidad, el género, la preferencia sexual, la edad, la discapacidad o la enfermedad ni la afiliación religiosa.
- A hablar con un profesional de atención de salud.
- A que toda la información sobre usted, su atención médica y sus servicios se trate con confidencialidad, y a que su información de salud personal se comparta en conformidad con las leyes estatales y federales.
- A que respondan su solicitud de servicios de manera oportuna y a esperar la continuidad de los servicios.
- A elegir el proveedor de equipo médico para el hogar que prefiera.
- A estar al tanto de los resultados de sus tratamientos.
- A tomar decisiones informadas respecto de la planificación de su atención.
- A participar en la toma de decisiones sobre la naturaleza y el propósito de los procedimientos técnicos que se llevarán a cabo y sobre quién los realizará, las posibles alternativas o riesgos implicados, su derecho a rechazar los servicios en forma total o parcial, y a estar informado sobre las consecuencias esperadas de tales acciones según el actual cuerpo de conocimientos.
- A aceptar o rechazar cualquier parte del plan de servicios o del plan de atención.
- A que le informen sobre los servicios que se proporcionarán en su hogar, la frecuencia y la persona que los prestará.
- A que le brinden una explicación de los cargos, incluida la póliza para el pago.
- A presentar quejas o reclamos acerca del tratamiento de la atención sin temor a la terminación del servicio ni a otra represalia.
- A que le traten con respeto y consideración, y a que se reconozcan la dignidad y la individualidad del cliente o paciente.
- A no ser víctima de maltrato, negligencia ni abuso verbal, mental, sexual o físico, incluidas lesiones de fuentes desconocidas; y a no estar expuesto a la apropiación indebida de la propiedad del cliente o paciente.
- A que se satisfagan sus necesidades de comunicación.
- A recibir información sobre la filosofía y las características de los programas (clínicos) de administración de pacientes de AcariaHealth, incluida la información administrativa sobre los cambios en el programa clínico o la terminación de este.
- A identificar a los miembros del personal del programa clínico y sus puestos, y a hablar con un supervisor de los miembros del personal, si se solicita.
- A que le remitan a otros proveedores de atención de salud, si lo desea, en un sistema de atención de salud externo (por ejemplo, nutricionista, especialista en dolor, servicios de salud mental, etc.). Es posible que también le vuelvan a remitir al profesional que expide recetas para hacer un seguimiento.
- A recibir asistencia con los programas internos elegibles que ayudan con los servicios de administración de pacientes, copagos de fabricantes y programas de asistencia a los pacientes; y con los programas del plan de salud (por ejemplo, programas para dejar de fumar, manejo de enfermedades, manejo del dolor, y programas de salud del comportamiento y para la prevención de suicidios).
- A rechazar la participación, a revocar el consentimiento o a cancelar la inscripción en el programa clínico en cualquier momento sin poner en riesgo el acceso a la atención, al tratamiento ni a otros servicios que esté recibiendo.

(sigue del otro lado)

Usted tiene la responsabilidad:

- De proporcionar información precisa y completa a AcariaHealth sobre su historia clínica y su condición actual, sobre los pagadores que pueden cubrir su atención y su información financiera, e informar de inmediato a AcariaHealth sobre cualquier cambio.
- De designar un representante autorizado para que actúe en su nombre en AcariaHealth si usted no puede tomar decisiones respecto de la atención, el tratamiento o los servicios, en conformidad con las leyes estatales y federales.
- De participar en la planificación, la evaluación y la revisión de su plan de atención en la medida en que pueda hacerlo.
- De adherirse al plan de atención, en cuyo desarrollo puede haber participado. De hacer preguntas sobre cualquier parte del plan de atención que no entienda.
- De hablar con AcariaHealth sobre lo que debe esperar respecto al dolor y al manejo del dolor:
 - Hablar con nosotros sobre las opciones de alivio del dolor.
 - Trabajar con nuestro equipo y con sus otros proveedores para desarrollar un plan de manejo del dolor.
 - Pedir ayuda para aliviar el dolor cuando empieza a sentirlo.
 - Ayudar a nuestro equipo a evaluar su dolor e informarnos si el dolor no se alivia.
 - Hablar con nosotros sobre sus preocupaciones acerca de los analgésicos.
- De organizarse para poder obtener suministros, equipos, medicamentos y otros servicios que AcariaHealth no puede brindar y que son necesarios para su atención y seguridad.
- De proteger los equipos del fuego, del agua, del robo o de cualquier otro daño mientras están en su posesión.
- De usar los equipos con el propósito para el que se indicaron, siguiendo las instrucciones de uso, manipulándolos con cuidado y seguridad, y limpiándolos.
- De brindarnos la información de seguro necesaria para que podamos cobrar los servicios y de asumir la responsabilidad de los cargos no cubiertos. Usted es responsable de la liquidación total de su cuenta.
- De estar en su hogar para recibir las visitas de servicios programadas o de notificarnos con anticipación para reprogramarlas.
- De notificarnos inmediatamente:
 - Si fallan los equipos o se dañaron, o si necesita suministros.
 - Si hay algún cambio en su receta o si cambia de médico.
 - Si cambia su cobertura de seguro o si la pierde.
 - Si cambia de dirección o de número de teléfono, ya sea de manera permanente o temporal.
 - Si se discontinuaron los equipos o servicios.
- De comunicarse con nosotros si contrae una enfermedad contagiosa durante el período en que le brindamos servicios.
- De aceptar las consecuencias del rechazo de tratamiento o de la elección de incumplimiento, incluidos los cambios en la elegibilidad para reembolsos.
- De enviar todos los formularios que son necesarios para participar en el programa clínico, en la medida en que lo requiera la ley.
- De dar información clínica y de contacto precisa, y notificar al programa clínico sobre cualquier cambio en esta información.
- De notificar a su proveedor de tratamiento sobre su participación en el programa clínico, si corresponde.