

USTED TIENE EL DERECHO A:

- Ser tratado(a) con cortesía y respeto, apreciando su dignidad individual y protegiendo su necesidad de privacidad.
- Una respuesta pronta y razonable a sus preguntas y solicitudes.
- Saber quién le está proporcionando servicios médicos y quién es responsable por su atención.
- Saber qué servicios de apoyo al paciente están disponibles, lo cual incluye la disponibilidad de un intérprete si usted no habla inglés.
- Saber cuáles reglas y reglamentos son aplicables a su conducta.
- Recibir información del proveedor de servicios de salud concerniente a diagnósticos, curso planificado de tratamiento, alternativas, riesgos y pronósticos.
- Negarse a recibir tratamiento, excepto cuando la ley lo prescriba.
- Recibir, a su solicitud, información completa y la asesoría necesaria sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos que le permitan ser atendido(a).
- Si usted es elegible para Medicare, usted tiene el derecho de saber, a su solicitud y anticipadamente al tratamiento, si el proveedor de servicios de salud o el centro de atención de salud acepta la tarifa asignada por Medicare.
- Recibir, a su solicitud, antes del tratamiento, un estimado razonable de los costos de la atención médica.
- Recibir una copia, razonablemente clara y fácil de entender, de la factura detallada y, a su solicitud, recibir explicación de los cargos.
- Acceso imparcial a tratamiento médico o a facilidades, sin importar cuál sea su raza, origen, religión, discapacidad o recurso de pago.



SimonMed derechos y responsabilidades del paciente

Como paciente, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Por favor lea cuidadosamente.

SimonMed Imaging
16220 N. Scottsdale Road, Suite 600
Scottsdale, Arizona 85254
866-614-8555

- Tratamiento para cualquier condición de emergencia médica que empeoraría por falta de tratamiento.
- Saber si el tratamiento médico es para propósitos de investigación experimental y a consentir o negarse a participar en dicha investigación experimental.
- Expresar quejas relativas a cualquier violación de sus derechos establecidos por la ley de Florida, incluso, aunque sin limitarse a esta, la sección 381.026 de los Estatutos de Florida, por medio del procedimiento de quejas al proveedor de salud o al centro de atención de salud que le proporcionó el servicio y a la dependencia.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:

- Proporcionar al proveedor de servicios de salud, a su leal saber y entender, información exacta y completa acerca de los problemas de salud que experimenta actualmente, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relativos a su salud.
- Informar al proveedor de atención de salud sobre cambios inesperados en su condición.
- Decirle a su proveedor de salud si usted entiende el curso de acción planificado y lo que se espera de usted.
- Cumplir con el plan de tratamiento recomendado por su proveedor de salud.
- Cumplir con sus citas y, cuando usted no pueda cumplirlas por alguna razón, notificar al proveedor de atención de salud o al centro de atención de salud.
- Cumplir con las instrucciones de los proveedores de atención de salud y aceptar la responsabilidad por sus acciones si usted se niega a recibir el tratamiento o no cumple con las instrucciones del proveedor de servicios de salud.
- Asegurarse de cumplir con sus obligaciones financieras por servicios de salud tan pronto como le sea posible.
- Cumplir con las reglas y normas de nuestro centro relativas a la atención y conducta del paciente.

EL ADMINISTRADOR DEBERÁ ASEGURARSE DE QUE:

- Un paciente o el representante del paciente ya sea consienta al tratamiento o se niegue a recibirlo, excepto en caso de emergencia.
- Un paciente o el representante del paciente puede negarse o
- retirar el consentimiento antes de que se inicie el tratamiento.
- Un paciente o el representante del paciente sea informado de alternativas a un medicamento psicotrópico o procedimiento quirúrgico propuesto y de los riesgos y las posibles complicaciones que tienen que ver con un medicamento psicotrópico o procedimiento quirúrgico propuesto, excepto en caso de emergencia.
- Un paciente o el representante del paciente sea informado de nuestras políticas acerca de las instrucciones sobre atención de salud y del proceso de cumplimiento por parte del paciente.
- Usted consienta a una fotografía antes de que sea tomada, excepto cuando se le tome una fotografía para propósitos administrativos y de identificación al ser admitido(a) a uno de nuestros centros de tratamiento de pacientes ambulatorios.
- Un paciente proporcione consentimiento por escrito para revelar información de los récords médicos o financieros del paciente, excepto cuando la ley permita lo contrario.

FORMA DE ENVIAR COMENTARIOS O QUEJAS DEL PACIENTE:

- Si en cualquier momento usted tiene preguntas o preocupaciones concernientes a sus derechos y responsabilidades, por favor pida hablar con el gerente de nuestro centro o comuníquese con nuestro Departamento de Cumplimiento (Compliance Department) al teléfono 602-688-6116.
- Usted o su representante tiene el derecho a informar acerca de cualquier preocupación al Departamento de Salud de Florida:

Florida Department of Health
4052 Bald Cypress Way
Bin C75
Tallahassee, FL 32399

o por Internet en <https://mqa-flhealthcomplaint.doh.state.fl.us/> o al

o a la siguiente entidad:

American College of Radiology
1891 Preston White Dr.
Reston, VA 20191
703-648-8900

o

RadSite Accreditation
326 First Street, #28
Annapolis, MD 21403
443-440-6007



SimonMed
Vermañana hoy[®]