

## USTED TIENE EL DERECHO A:

- Ser tratado(a) en forma digna y respetuosa y a recibir respuestas razonables a solicitudes razonables de servicio.
- A comunicación eficaz que proporcione información en una forma que usted entienda, en su idioma preferido con acceso a servicios de interpretación o traducción, sin costo alguno, y en una manera que cumpla con sus necesidades si usted tuviera algún impedimento de la vista, el habla, la audición o la cognición. La información debe ser proporcionada en términos fáciles de entender para permitirle a usted formular un consentimiento basado en esta información.
- Respeto por sus valores, creencias y preferencias culturales y personales.
- Privacidad personal, privacidad de su información de salud y a recibir un aviso de las prácticas de privacidad del centro de salud.
- Manejo del dolor.
- Facilidades para servicios religiosos y otras prácticas espirituales.
- Tener acceso, solicitar enmiendas y obtener información sobre la divulgación de sus récords de salud, de conformidad con la ley y los reglamentos, dentro de un período razonable de tiempo.
- Que un miembro de su familia, amigo u otra persona esté presente para darle apoyo durante el curso de su estancia, a menos que la presencia de esa persona afecte los derechos y la seguridad de otros o sea medicamente contraindicada.
- Cuidados o servicios proporcionados sin discriminación basada en la edad, raza, origen étnico, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, estado socioeconómico, sexo, orientación sexual e identidad o expresión de género.
- Participar en las decisiones acerca de su atención, incluso en el desarrollo de su plan de tratamiento, la planificación de su salida del centro de salud y a que su familia y su médico personal sean notificados prontamente de su admisión.
- Seleccionar los proveedores de artículos y servicios a ser recibidos después de su salida del centro de salud.
- Negarse a cuidados, tratamiento o servicios, de conformidad con la ley y los reglamentos, y a retirarse del centro de salud en contra del consejo del médico.
- Que una persona autorizada para tomar decisiones por usted participe en la toma de decisiones sobre su cuidado, tratamiento y servicios cuando usted no esté en capacidad de tomar sus propias decisiones.
- Recibir información acerca de los resultados de su cuidado, tratamiento y servicios, incluso resultados que no eran esperados.
- Dar o no dar consentimiento basado en información cuando usted toma decisiones acerca de su cuidado, tratamiento y servicios.



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



## SimonMed derechos y responsabilidades del paciente

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

- Recibir información acerca de: los beneficios, riesgos y efectos secundarios del cuidado, tratamiento y servicios propuestos; las posibilidades de alcanzar sus metas y cualquier problema potencial que podría ocurrir durante la recuperación del cuidado, tratamiento y servicio propuesto y sobre cualquier alternativa razonable al cuidado, tratamiento y servicios propuestos.
- Dar o no dar consentimiento informado a grabaciones, filmación o a obtener imágenes de usted para cualquier propósito que no sea su atención de salud.
- Participar o negarse a participar en estudios, investigación o pruebas clínicas sin que esto afecte su acceso a una atención y servicios que no están relacionados con la investigación.
- Saber el nombre del profesional que es el responsable principal de su cuidado, tratamiento o servicios y los nombres de otros profesionales que lo/la están atendiendo.
- Formular instrucciones anticipadas sobre los cuidados a ser recibidos al final de su vida y a que se respeten esas instrucciones, en la medida de la capacidad del centro de salud para cumplir con ellas de conformidad con la ley y los reglamentos. Usted también tiene el derecho a revisar y cambiar cualquier instrucción anticipada.
- Estar libre de negligencia, explotación y abuso verbal, mental, físico o sexual.
- Un ambiente que sea seguro, que preserve su dignidad y que contribuya a una autoimagen positiva.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión usada como medio de conveniencia, disciplina, coerción o represalia y a que, solo cuando sea necesario para garantizar la seguridad del paciente, se use el método menos intenso de restricción o reclusión.
- Acceso a servicios de protección y defensa y a recibir, cuando lo solicite, una lista de los grupos que ofrecen estos servicios.
- Recibir a los visitantes que usted designe, incluso, aunque sin limitarse a estos, un cónyuge, pareja doméstica (incluso pareja doméstica del mismo sexo), otro miembro de la familia o un amigo(a). Usted puede negar o retirar su consentimiento, en cualquier momento, a recibir a cualquiera de estos visitantes. En la medida en que este establecimiento imponga limitaciones o restricciones sobre las visitas, usted tiene el derecho de establecer su preferencia de orden o prioridad para sus visitantes, a fin de cumplir con estas limitaciones o restricciones.
- Examinar y recibir una explicación de la facturación de los servicios, sin importar la proveniencia del pago.

#### **USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:**

- Proporcionar, en la medida de su conocimiento, información exacta, verdadera y completa acerca de los asuntos relacionados con su

atención, incluso la información acerca de sus síntomas actuales, enfermedades del pasado, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.

- Informar sobre cambios inesperados en su condición al médico u otros profesionales responsables de su atención de salud.
- Mostrar respeto y consideración hacia los derechos de los otros pacientes, del personal y de nuestra propiedad;
- Hacer preguntas cuando usted no comprenda la información o las instrucciones.
- Cumplir con las reglas de nuestro establecimiento, incluso las políticas relativas a los visitantes y la prohibición de fumar dentro del ambiente del centro;
- Expresar, conforme estas surjan, sus opiniones, preocupaciones o quejas en una forma constructiva a las personas apropiadas de nuestro establecimiento;
- Informar con honestidad si usted entiende o no la atención y las pruebas diagnósticas que se van a realizar y de asumir un papel activo en su tratamiento estando informado(a) y preparado(a) y cumpliendo con cualquier instrucción previa y posterior al procedimiento;
- Cumplir con las citas programadas o notificarnos, tan pronto como sea razonablemente posible, si va a llegar atrasado(a); o, si no puede cumplir con las citas programadas, de notificarnos con 24 horas de anticipación
- Informar a un proveedor de atención de salud acerca de cualquier medicamento o medicamentos que usted esté tomando o de cualquier alergia médica;
- Aprender cómo obtener información correspondiente a su cobertura de servicios de salud
- Informarnos acerca de cualquier testamento vital (living will), poder para propósitos médicos (medical power of attorney) o cualquier otra instrucción que pueda afectar la atención que usted recibe;
- Comportarse en una forma que no perturbe la ejecución de la atención de salud o le cause molestias a usted o a otras personas
- Verificar con su compañía de seguros si SimonMed participa en su plan de seguros y si usted tiene que pagar deducibles y/o copagos;
- Presentar su tarjeta del seguro y un documento de identificación apropiado antes de recibir los servicios;
- Pagar todos los cargos, si los hubiera, por las citas y los servicios no cubiertos en el momento en que se presta el servicio
- Aceptar la responsabilidad financiera personal por cualquier cargo que no cubra su seguro.

#### **EL ADMINISTRADOR DEBERÁ ASEGURARSE DE QUE:**

- Usted (o su representante) consienta al tratamiento o se niegue a este, excepto en caso de emergencia.
- Usted (o su representante) puede negarse a recibir el tratamiento o retirar el consentimiento antes de que este comience);
- Usted (o su representante) sea informado(a) de alternativas a un medicamento psicotrópico o procedimiento quirúrgico propuesto y de los riesgos y las posibles complicaciones relativas al medicamento psicotrópico o procedimiento quirúrgico propuesto, excepto en caso de emergencia;
- Usted (o su representante) sea informado(a) de las políticas de nuestro centro de tratamiento de pacientes ambulatorios relativas a las instrucciones sobre atención de salud y al 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 un centro de tratamiento de pacientes ambulatorios.
- Usted proporcione consentimiento por escrito para revelar información de sus récords médicos o financieros, excepto cuando la ley lo permita.

#### **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 a las siguientes dependencias:

Kentucky Cabinet for Health and Family Services  
275 E Main St., Frankfort, KY 40621  
502-595-4079

Kentucky Cabinet for Health Services, Office of Inspector General  
Division of Licensing and Regulations  
908 W. Broadway, Louisville, KY 40203  
502-595-4079

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**  
Imaging  
*Vermañana hoy*