

## USTED TIENE EL DERECHO A:

- Recibir una copia de esta descripción de los derechos que le otorga la ley del Estado de Nueva York, según se describe en la publicación 1515 del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (enmienda de febrero de 2019 y similar a los derechos otorgados por las leyes consolidadas de Nueva York, Ley de Salud Pública sección 2803 y 10 del Código y Regulaciones de Nueva York, sección 405.7, entendiéndose que SimonMed no es un hospital sujeto a los requisitos estipulados en estas).
- Recibir tratamiento sin discriminación alguna basada en su raza, color, religión, sexo, identidad de género, origen nacional, discapacidad, orientación sexual, edad o recurso de pago.
- Recibir atención considerada y respetuosa en un ambiente limpio y seguro, libre de restricciones innecesarias.
- Recibir atención de emergencia si usted la necesita.
- Ser informado(a) del nombre y el puesto del doctor que va a estar a cargo de su atención en el centro de salud.
- Conocer los nombres, puestos y funciones de cualquier personal del establecimiento que va a participar en su atención y a negarse a aceptar un tratamiento o exámenes o a ser sometido(a) a observación.
- Identificar a una persona que va a estar encargada de su cuidado, la cual será incluida en la planificación de su dada de alta del centro y con quien se compartirá información o instrucciones de cuidado después de su salida del centro.
- Recibir información completa acerca de su diagnóstico, tratamiento y pronósticos.
- Recibir toda la información que usted necesite para consentir con base en dicha información a cualquier procedimiento o tratamiento propuesto. Esta información deberá incluir los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o tratamiento.
- Recibir toda la información que usted necesite para dar consentimiento basado en dicha información a una orden de no resucitar. Usted también tiene el derecho de designar a una persona que dé consentimiento por usted si usted está demasiado enfermo(a) para hacerlo. Si usted desea información adicional, por favor solicite una copia del panfleto: "Decisiones acerca de la atención de salud — una guía para los pacientes y sus familias."
- Negarse a recibir tratamiento y a que se le diga cómo puede esto afectar su salud.
- Negarse a participar en investigaciones. Para decidir si desea o no participar, usted tiene el derecho a una explicación completa.
- Privacidad mientras esté en el centro de salud y confidencialidad de toda la información y los récords relativos a su atención.



## 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**

- Participar en todas las decisiones acerca de su tratamiento y dada de alta del centro de salud. El centro de salud debe proporcionarle un plan por escrito sobre su salida y una descripción por escrito de cómo usted puede apelar la decisión de darlo(a) de alta.
- Revisar gratuitamente su récord médico y obtener una copia de este, para lo cual el centro de salud puede cobrar una tarifa razonable. No se le puede negar una copia simplemente porque usted no está en capacidad de pagar por ella.
- Recibir una factura con explicación detallada de todos los cobros.
- Ver una lista de los cobros estándar del centro de salud para los artículos y servicios que ofrece y una lista de los seguros de salud en los cuales este participa.
- Protestar contra una factura inesperada por medio del proceso independiente de resolución de disputas (Independent Dispute Resolution).
- Reclamar, sin temor a represalias, acerca de la atención y los servicios que usted recibe y a que el centro de salud le responda y lo haga por escrito si usted lo solicita. Si usted no está satisfecho(a) con la respuesta del centro de salud, usted puede quejarse al Departamento de Salud del Estado de Nueva York. El centro debe proporcionarle a usted el número de teléfono del Departamento de Salud del Estado.
- Autorizar a los miembros de su familia y otros adultos a quienes se les dará prioridad para visitarlo(a) de acuerdo con su capacidad de recibir visitas.
- Dar a conocer sus deseos con respecto a la donación de su cuerpo a entidades científicas después de su muerte. Las personas mayores de 16 años pueden dar consentimiento para donar sus órganos, ojos y/o tejidos después de su muerte, inscribiéndose en el registro de donación de órganos del Estado de Nueva York (NYS Donate Life Registry) o dando su autorización escrita para donar órganos y/o tejidos en diferentes formas (tales como poder de atención médica, testamento, tarjeta de donante u otro documento firmado). Usted puede obtener en el centro de salud el formulario para emitir un poder de atención médica.
- Recibir un estimado de la cantidad que se le va a cobrar después de que los servicios hayan sido proporcionados.

#### **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 relativos a 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 del centro de tratamiento de pacientes ambulatorios relativas a las instrucciones sobre atención de salud y al proceso para quejas 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:

New York State Department of Health  
Office of Professional Medical Conduct,  
Central Intake Unit Riverview Center  
150 Broadway, #355, Albany, NY 12204  
518-402-0836

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*<sup>®</sup>