



# Derechos y responsabilidades del paciente

Página 1 de 2

Gracias por elegir Gastroenterology Associates of the Piedmont P.A, donde cada uno de nuestros centros de cirugía ambulatoria son propiedad de los siguientes médicos: David Barry MD, Brent Cengia MD, Christopher Connolley MD, Scott Cornella MD, Robert Holmes MD, Ryan McKimmie MD, Henry Mixon MD, Laura Patwa MD, Blake Scott MD, Brian Smith MD, John Sweeney MD.

## Derechos del paciente. Usted tiene derecho de:

Este es un centro médico propiedad de médicos. Usted puede ejercer los siguientes derechos sin estar sujeto a ningún tipo de discriminación ni represalias.

- Recibir una atención considerada, respetuosa y segura que esté libre de abuso o acoso.
- Hablar sobre su enfermedad, lo que podemos hacer al respecto y el posible resultado de la atención médica.
- Conocer los nombres y las funciones de las personas que lo atienden aquí.
- Obtener un manejo del dolor efectivo y respetuoso.
- Recibir tanta información como sea posible para dar su consentimiento o negarse a recibir un curso de tratamiento o procedimiento invasivo y para participar activamente en las decisiones relacionadas con su atención médica. Si lo desea, los formularios de consentimiento del procedimiento pueden revisarse antes de su cita en [www.gapgi.com](http://www.gapgi.com).
- Involucrar a su representante de atención médica o a sus seres queridos en el proceso de toma de decisiones para las decisiones médicas.
- Esperar la continuidad de atención razonable y conocer por anticipado el lugar y la hora de las citas, al igual que el médico que lo atenderá.
- Recibir la total consideración a la privacidad personal y la confidencialidad de su información médica. Se obtendrá su permiso por escrito antes de divulgar cualquier información médica. Cuando divulgamos su información a otros, les pedimos que la mantengan confidencial.
- Revisar su expediente médico y hacer preguntas, a menos que esté restringido por la ley.
- Conocer cualquier relación con otras partes que pudiera influir en su atención médica.
- Conocer las reglas que afectan su atención médica, al igual que los cargos y métodos de pago. Usted tiene el derecho de recibir y examinar una explicación de su factura, independientemente de la fuente del pago.
- Cambiar médicos en nuestro consultorio médico o con un médico externo que no forme parte de nuestro consultorio médico.
- Usted tiene el derecho de elaborar un testamento en vida o un poder legal de atención médica, aunque estos no se cumplan en este centro médico. Si hay una emergencia, se llamará a los emergency medical services (servicios médicos de emergencia o EMS, por sus siglas en inglés) y será trasladado al hospital.
- Manifestar sus inquietudes, quejas o problemas con la atención que recibió comunicándose con nuestro encargado del consultorio o administrador llamando al (336) 448-2427. Si nosotros no podemos resolver satisfactoriamente su queja, puede comunicarse con:
  - *La Junta Médica de NC* llamando al 1.800.253.9653
  - Nuestra agencia de acreditación, *Accreditation Association for Ambulatory Health Care* (Asociación de Acreditación de Atención Médica Ambulatoria o AAAHC, por sus siglas en inglés) llamando al: 1.847.853.6060 o en [www.aaahc.org](http://www.aaahc.org).
  - Unidad de recepción de quejas de la Division of Health Service Regulation of North Carolina (División de Regulación de Servicios de Salud de Carolina del Norte o DHSR NC, por sus siglas en inglés): <https://dhhs.state.nc.us/dhsr/ciu/complaintintake>.

## Responsabilidades del paciente. Usted acepta:

- Proporcionar información completa y exacta relacionada con sus síntomas, historial anterior, estado de salud actual y lista de medicamentos completa.
- Informar si entiende claramente su atención médica y lo que se espera de usted en el plan de atención.
- Seguir el plan de tratamiento y las instrucciones de atención que le den.
- Cumplir con las citas y avisarnos si no puede asistir.
- Aceptar la responsabilidad de sus acciones si rechaza el tratamiento planificado o no sigue las órdenes de su médico.
- Aceptar la responsabilidad financiera por la atención médica recibida y pagar puntualmente.
- Cumplir las políticas y procedimientos del centro médico.
- Ser considerado con los derechos de los demás pacientes y del personal.
- Ser respetuoso de su propiedad personal y la de los demás en el centro médico.



## Derechos y responsabilidades del paciente (continuación)

Página 2 de 2

- Informar al personal si tiene alguna molestia o dolor y sobre problemas de seguridad del paciente.
- Compartir sus valores, creencias y tradiciones para ayudar al personal a proporcionar la atención médica adecuada.
- Tener a una persona (mayor de 18 años de edad) para que lo acompañe a su cita donde recibirá sedación y lo conduzca después a su casa. Usted no puede conducir por 8 horas después de recibir sedación. Tomar un taxi, autobús, u otro servicio de transporte (por ejemplo Uber) no es una forma aceptable de transporte a menos que este acompañado por un adulto conocido que se asegurara de que llegue a su casa de manera segura.

### Aviso de no discriminación:

Gastroenterology Associates of the Piedmont, P.A. cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina debido a raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

### Aviso de divulgación de patología:

El componente profesional del informe de patología se está realizando en *Gastroenterology Associates of the Piedmont, PA*. Los médicos de GAP poseen esta línea de servicio. Los propietarios son David Barry MD, Brent Cengia MD, Christopher Connolley MD, Scott Cornella MD, Robert Holmes MD, Ryan McKimmie MD, Henry Mixon MD, Laura Patwa MD, Blake Scott MD, Brian Smith MD, y John Sweeney MD.

### Asistencia con el idioma:

ATENCIÓN: Los servicios de asistencia de idioma están disponibles sin costo para los pacientes que no hablan inglés. Llame al 336.448.2427.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma.

Llame al 336.448.2427.

### Aviso a los pacientes de Medicare:

Todos los asuntos, inquietudes o quejas se pueden reportar comunicándose con nuestro Administrador del consultorio médico o con el Gerente de Enfermería. Si no podemos resolver sus inquietudes, para recibir asistencia puede comunicarse con los siguientes:

*Medicare Ombudsman:*

Llamando al 800.633-4227 o en <https://medicare.com/administration/what-is-the-medicare-beneficiary-ombudsman/>

### Instrucciones médicas anticipadas: recursos para el testamento en vida o el poder legal de atención médica:

Nosotros no cumplimos estos testamentos en vida ni las órdenes de no resucitar en este centro médico debido a que no se espera que haya un estado terminal, incurable ni vegetativo en este centro de pacientes ambulatorios. Si usted se presenta para un procedimiento en este centro acompañado de un testamento en vida, una orden de Do Not Resuscitate (No resucitar o DNR, por sus siglas en inglés) válida o un formulario Out of Facility (Fuera de las instalaciones) y tiene una emergencia, iniciaremos la Cardio-Pulmonary Resuscitation (resucitación cardiopulmonar o CPR, por sus siglas en inglés) y llamaremos al 911 para el traslado de emergencia al hospital. Cuando lleguen los servicios de emergencia médica (EMS) se les informará sobre la Orden de no resucitar o el testamento en vida.

Para obtener información sobre las leyes estatales que se aplican y formularios de muestra para elaborar un testamento en vida o un poder legal de atención médica, puede comunicarse con uno de los siguientes:

1. Caring Information Organization llamando al 1.800.658.8886 para inglés o al 1.877.658.8896 para otros idiomas o en [www.caringinfo.org](http://www.caringinfo.org)
2. División de Servicios para Adultos y la Vejez del Department of Health and Human Services of North Carolina (Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte o NC DHHS, por sus siglas en inglés) llamando al 1.800.662.8859 o en [www.ncdhhs.gov/aging/direct](http://www.ncdhhs.gov/aging/direct)
3. Carolinas End of Life Care llamando al 1.919.807.2162 o en [www.carolinasendoflifecare.org](http://www.carolinasendoflifecare.org)

**Al firmar a continuación, declaro haber leído y entendido las políticas descritas en las páginas 1 y 2.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del paciente (en letra de molde)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de hoy**