



1398 N Wilmot Rd. Tucson, Arizona 85712
(520) 731-5500

TUCSON SURGERY CENTER

Derechos del Paciente

USTED TIENE EL DERECHO A:

- ***Ser informado de sus derechos como paciente, tanto verbalmente como por escrito antes de la fecha de su procedimiento en un lenguaje y forma que usted entiende. Usted puede nombrar a un representante para que reciba esta información para usted.***
- ***El ejercicio de estos derechos sin distinción de sexo, origen cultural, económico, educativo o religioso o la fuente del pago de servicios, sin ser objeto de discriminación o represalias y de quejarse con respecto al tratamiento de la atención que es (o deja de ser) dada.***
- ***Atención digna, con consideración y respeto, siempre en un ambiente seguro, libre de toda forma de abuso, negligencia, acoso y/o explotación.***
- ***Acceso a servicios de protección y de defensa o tener acceso a estos servicios en nombre del paciente.***
- ***Evaluación y control adecuado del dolor.***
- ***Mantenerse libre de aislamiento o restricciones de cualquier tipo que no son médicamente necesarios o se utilizan como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia por parte del personal.***
- ***Conocimiento del nombre del médico que tiene la responsabilidad principal de coordinar su cuidado y los nombres y relaciones profesionales de otros médicos y profesionales de la salud que usted vea. Cambiar su proveedor, si otros proveedores calificados están disponibles.***
- ***Conocimiento, por escrito, de los intereses financieros del médico o de propiedad en el Centro de Cirugía, antes de la fecha del procedimiento.***
- ***Recibir información de su médico acerca de su enfermedad, el curso de tratamiento, los resultados de la atención (incluyendo resultados no previstos) y sus posibilidades de recuperación, en términos que pueda comprender. Cuando sea médicamente aconsejable dar esta información, la información será proporcionada a una persona designada por usted o una persona legalmente autorizada.***
- ***Recibir suficiente información sobre cualquier tratamiento o procedimiento propuesto, posible, o que necesite, con el fin de dar su consentimiento informado o rechazar el curso del tratamiento. Excepto en casos de emergencia, esta información deberá incluir una descripción del procedimiento o tratamiento, los riesgos médicamente significativos, implicados en el tratamiento, cursos alternos de tratamiento, o ningún tratamiento, y los riesgos involucrados en cada uno, y el nombre de la persona que llevará a cabo dicho procedimiento o tratamiento.***
- ***Recibir información sobre las pólizas del Centro de Cirugía sobre directivos médicos, incluyendo una descripción de leyes de salud y seguridad, y si lo solicita, formas oficiales del Estado para directivos médicos, antes de la fecha del procedimiento.***
- ***Participar en el desarrollo e implementación de su plan de cuidado médico, y participar activamente en las decisiones sobre su atención médica. En la medida permitida por la ley, esto incluye el derecho de solicitar y / o rechazar el tratamiento, excepto cuando tal participación esté contraindicada por razones médicas.***
- ***Tener un familiar o representante, de su elección, o su médico personal, oportunamente notificado de su admisión al centro.***

- **Consideración de privacidad con respecto a su programa de cuidado médica. La discusión del caso, consultas, exámenes y tratamiento son confidenciales y deben realizarse con discreción. Usted tiene el derecho a ser informado de la razón de la presencia de cualquier persona que participe en su cuidado médico.**
- **Tratamiento confidencial de todas las comunicaciones y registros relacionados con su cuidado y su estancia en este centro. Su permiso por escrito tiene que ser obtenido antes de que su expediente se haga disponible a cualquier persona no directamente relacionado con su cuidado.**
- **Recibir información de una manera que usted entienda. Comunicación con usted será efectiva y siempre de una manera que facilita su comprensión. Información escrita proporcionada será adecuada a la edad, la comprensión y en la lengua del paciente. Comunicaciones adecuadas, específicas para el paciente con discapacidades de visión, del habla, audición y de deterioramiento de lenguaje cognitivo.**
- **Acceso a la información contenida en su expediente médico dentro de un plazo razonable.**
- **Continuidad razonable de atención. Respuestas razonables a cualquier solicitud razonable que puede hacer para servicio.**
- **De salir del centro, incluso contra el consejo de su médico.**
- **Tenga en cuenta el proceso de reclamo del centro si desea comunicar una queja sobre la calidad de la atención médica que recibe. La notificación del proceso de queja se dará antes de la fecha del procedimiento, e incluye: a quién dirigirse para presentar una queja, y que se le proporcionará una notificación por escrito de la determinación de quejas que contiene el nombre de la persona de contacto del centro, las medidas adoptadas en su nombre para investigar la queja, los resultados del proceso, y la fecha de finalización. También puede presentar quejas a la agencia estatal, así como la oficina del Defensor del Pueblo Beneficiarios de Medicare.**
- **Recursos:**
 - **División de los centros asistenciales y servicios Kathryn McCanna, en (602) 364-3030 mccannk@azdhs.gov o la Oficina del Defensor del Pueblo-Ciudadanos Aide, 3737 N. 7th St. Suite 209, Phoenix, AZ 85014 (602) 277-7792. [Http://www.medicare.gov/ombudsman/resources.asp-Medicare](http://www.medicare.gov/ombudsman/resources.asp-Medicare) Defensor del Pueblo**
 - **www.cdc.gov/mmwr/about.html- Haga clic en los Departamentos de Salud del Estado en la parte inferior izquierda. Véase el mapa, elegir el estado del menú desplegable y el sitio de búsqueda de la dirección y número de teléfono.**
 - **Attn: Director Administrativo Tucson Surgery Center / Center for Pain Management, 1398 N. Wilmot Road. Tucson, Arizona 85712 o (520) 731-5501.**
 - **www.medicare.gov o llame al 1-800-Medicare (1-800-633-4227)**
 - **<http://oig.hhs.gov>-Office del Inspector General**
- **Tenga en cuenta si el centro o médico personal propone participar o realizar experimentación humana que afecte su atención o tratamiento. Usted tiene el derecho a negarse a participar en proyectos de investigación. El negarse a participar o la interrupción de la participación, no pondrá en peligro su derecho a acceder a la atención médica, tratamiento o servicios.**
- **Apoyo completo y el respeto de todos los derechos de los pacientes en caso de que decidan participar en ensayos de investigación, la investigación y / o clínica. Esto incluye su derecho a un proceso de consentimiento informado en relación con el ensayo de investigación, la investigación y / o clínica. Toda la información proporcionada a los sujetos se incluirá en el expediente médico o el archivo de la investigación, junto con el formulario de consentimiento (s).**
- **Ser informado por su médico, o un delegado de su médico, de los requisitos de atención continua médica después de haber sido dado de alta del centro.**
- **Examinar y recibir una explicación de su factura, independientemente de la fuente de pago.**
- **Conocer que las reglas y pólizas del centro aplican a su conducta como paciente.**
- **Tienen todos los derechos del paciente, aplicable a la persona que puede tener la responsabilidad legal de tomar decisiones sobre la atención médica en su nombre.**
- **Ser informado con la información adecuada acerca de la falta de cobertura de seguros por negligencia.**