



C N S N T

DERECHOS DEL PACIENTE
LOS DERECHOS DEL PACIENTE INCLUIRÁN, PERO NO SE
LIMITARÁN A LOS SIGUIENTES:

1. Atención considerada y respetuosa, y a estar cómodo. Tiene derecho a respetar sus valores, creencias, creencias y preferencias culturales, psicosociales, espirituales y personales.
2. A que a un familiar (o algún otro representante de su elección) y a su propio médico se les notifique oportunamente de su admisión al hospital.
3. Saber el nombre del profesional de atención médica certificado que actúa en el marco de su certificación profesional y que tiene la responsabilidad principal de coordinar su atención, y los nombres y las relaciones profesionales de los médicos y empleados no médicos que lo verán.
4. Recibir información acerca del estado de su salud, el curso del tratamiento, expectativas de recuperación y resultados de la atención (incluso los resultados no previstos) en términos que usted pueda entender. Tiene derecho a participar en el desarrollo e implementación de su plan de atención. Tiene derecho a participar en preguntas éticas que surjan en el curso de su atención, incluyendo asuntos de resolución de conflictos, rehusarse a recibir servicios de resucitación, y rechazar o retirar el tratamiento para mantenerlo vivo.
5. Tomar decisiones relacionadas con la atención médica y recibir la suficiente información acerca del tratamiento o procedimiento propuesto según necesite, con el fin de dar consentimiento o rechazar el curso del tratamiento. Excepto en casos de emergencia, ésta información incluirá una descripción del procedimiento o tratamiento, los riesgos envueltos medicamento significantes, los cursos de tratamiento alternos o no tratamiento y los riesgos involucrados en cada uno, y el nombre de la persona que llevará a cabo el procedimiento o tratamiento.
6. Solicitar o rechazar tratamiento hasta el grado que lo permita la ley. Sin embargo, no tiene derecho a exigir tratamiento o servicios inadecuados o médicamente innecesarios. Tiene derecho a dejar el hospital aún en contra del consejo médico hasta el grado que lo permita la ley.
7. Ser avisado si el hospital/profesional de atención médica certificado propone involucrarlo en experimentos humanos o practicárselos, que afecten su atención o tratamiento. Tiene derecho a rechazar su participación en dichos proyectos de investigación.
8. Respuestas razonables a cualquier solicitud razonable de servicio.
9. Evaluación y control adecuado de su dolor, información acerca de su dolor, medidas para aliviar el dolor y participar en las decisiones referentes al control del dolor. Usted puede solicitar o rechazar el uso de cualquiera o todas las modalidades para aliviar el dolor, incluyendo medicación derivada del Opio si usted sufre de dolor crónico severo intratable. El doctor puede rehusarse a prescribir medicación derivada del Opio, de ser así debe informarle que existen médicos que se especializan en el tratamiento de dolor grave crónico no tratable con métodos que incluyen el uso de opiáceos.
10. Formular directivas anticipadas. Esto incluye designar a alguien que tome decisiones si usted queda incapacitado de entender un tratamiento propuesto o de comunicar sus deseos relacionados con su atención. Practicantes médicos que ofrezcan la atención deberán cumplir éstas directivas. Todos los derechos del paciente aplican a la persona que tenga la responsabilidad legal de tomar decisiones relacionadas con la atención médica a nombre suyo.
11. Que se respete su privacidad. La discusión del caso, consultas, exámenes y tratamiento son confidenciales y deben llevarse a cabo discretamente. Tiene derecho a que le digan la razón de la presencia de cualquier individuo. Tiene derecho a que los visitantes no estén presentes en su examinación ni cuando se discutan cuestiones relacionadas al tratamiento. Se utilizarán cortinas de privacidad en salas semiprivadas.
12. Recibir trato confidencial en todas las comunicaciones y registros relacionados con su atención y permanencia en el hospital o centros de salud. Usted recibirá un "Aviso sobre las Normas de Privacidad" por separado, el cual explica sus derechos sobre la privacidad en detalle y el modo en que podemos utilizar y divulgar su información médica de manera protegida.
13. Recibir atención en un ambiente seguro, libre de abuso o acoso verbal o físico. Tiene derecho al acceso a los servicios de protección, que incluyen notificar a las agencias gubernamentales si hubiera negligencia o abuso.
14. Estar libre de restricciones y reclusión de cualquier forma utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia por parte del personal.
15. Continuidad razonable de la atención y a conocer con anticipación la hora y la ubicación de las citas, así como la identidad de las personas que ofrecen la atención.



C N S N T

16. Estar informado por el médico o un delegado del médico de la continuación de los cuidados de la salud requeridos después de ser dado de alta del hospital. Si usted lo solicita, un amigo o familiar también podrá recibir esta información.

17. Conocer las reglas y políticas del hospital que se aplican a su conducta mientras sea paciente.

18. Designar visitantes de su elección, si tiene capacidad de tomar decisiones, ya sea que los visitantes se relacionen o no por parentesco o matrimonio, a menos que:

- No se permitan visitas.
- Las instalaciones determinen razonablemente que la presencia de un visitante en particular podría poner en peligro la salud o seguridad de un paciente, un miembro del personal de las instalaciones de salud o algún otro visitante de las instalaciones de salud, o interrumpiría considerablemente las operaciones de las instalaciones.
- Usted le ha dicho al personal de las instalaciones de salud que ya no quiere que lo visite una persona en particular.

Sin embargo, un establecimiento de salud puede establecer restricciones razonables para las visitas, incluidas restricciones sobre los horarios de visita y la cantidad de personas. El establecimiento de salud debe informarle a usted (o a su acompañante, cuando corresponda) sobre sus derechos de visita, incluidas las restricciones o limitaciones clínicas. El establecimiento de salud no puede restringir, limitar o, de otro modo, negar los privilegios de visita por razones de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual o discapacidad.

19. Que se consideren sus deseos, si no tiene capacidad para tomar decisiones, para fines de determinar quién puede visitarlo. La política del hospital respecto a las visitas revelará el método de esa consideración. Como mínimo, el hospital incluirá toda persona que viva en su hogar y cualquier acompañante de conformidad con la ley federal.

20. Examinar y recibir una explicación de la cuenta del hospital o centro de salud, independientemente de la fuente de pago.

21. Ejercer éstos derechos sin distinción de sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, edad, discapacidad, condición médica, estado civil, orientación sexual, educación, posición económica o fuente de pago para la atención.

22. Presentar una queja. Si usted quiere presentar una queja ante el hospital o el centro de salud lo puede hacer por escrito o llamando a:

Patient Relations (Relaciones con Pacientes)
2500 Alhambra Ave., Martinez, CA 94553
925-370-5144.

El comité de quejas revisará cada reclamo y le proporcionará una respuesta por escrito dentro de los 30 días. La respuesta escrita incluirá el nombre de una persona para contactar en la instalación, los pasos tomados en la investigación del reclamo, los resultados del proceso de reclamo, y la fecha en que se completó el proceso de reclamo. Los asuntos que se refieren a la calidad del cuidado o el haber sido dado de alta prematuramente también serán referidos al Utilization Review Department (Departamento de Revisión de Utilización).

23. Presente una queja ante el Departamento de Salud Pública de California independientemente de si usa el proceso de quejas del hospital. El número de teléfono y la dirección es:

Dept. of Public Health Center
805 Marina Bay Parkway
Building P, 1st Floor
Richmond, CA 94804-6403
(510) 620-3900

Si no tiene una cobertura de seguro o un programa médico para usted o su familia, es posible que sea elegible para Medi-Cal, Familias Saludables, Servicios para los Niños de California, Atención Médica Básica, Iniciativa de Cobertura de Salud u otros programas de cobertura médica. Si no es elegible para ningún programa de cobertura médica, o si debe pagar costos médicos elevados después de que su seguro haya efectuado los pagos correspondientes, puede ser elegible para recibir un descuento en su factura médica a través de la Política 707-C del Programa de Pago con Descuento de CCHS (Contra Costa Health Services) o Política 708-C del Programa de Atención Benéfica de CCHS.

Para obtener más información y ayuda con la solicitud, comuníquese con el Departamento de Asesoramiento Financiero al 1-800-771-4270. Los asesores financieros están disponibles de lunes a viernes desde las 7 a.m. hasta las 6 p.m. California Health and Safety Code 127410

(Código de salud y seguridad de California 127410)

Nuestra misión es brindar atención médica segura y eficaz a quienes lo necesitan. Para servirle mejor, le pedimos que:

- Sea considerado con los demás pacientes, los empleados, y las visitas.
- Proporcione una descripción exacta y completa de la historia médica, enfermedades, medicamentos, hospitalización, y la condición actual.
- Coopere con los médicos y los demás que le provean cuidado.



CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS Y CONDICIONES DE LOS MISMOS Y DE LA ADMISIÓN

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO/QUIRÚRGICO: El firmante consiente a los procedimientos que podrían efectuarse durante ésta hospitalización o durante el tratamiento como paciente externo, incluyendo tratamientos o servicios de emergencia que pueden incluir, pero no están limitados a procedimientos de laboratorio, rayos X, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, dentales, anestesia o servicios de hospital administrados al paciente, bajo las instrucciones generales y especiales del médico o de cualquier otro miembro del plantel médico del hospital, incluyendo médicos residentes, dentistas y médicos de contrato independiente. El firmante además está de acuerdo con lo estipulado en el reverso de éste documento.

PROGRAMA DE ENSEÑANZA: El firmante entiende que Contra Costa Health Services, Contra Costa Regional Medical Center y Contra Costa Health Centers, son instituciones de enseñanza y que los residentes, internos y estudiantes en el campo de la salud, pueden proveer atención médica y/o de salud bajo la supervisión de personal profesional.

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR ELEGIBILIDAD PARA MEDI-CAL: El abajo firmante autoriza a Contra Costa County Employment and Human Services Department (el Departamento de Empleo y Servicios Humanos del Condado de Contra Costa) a divulgar información perteneciente al estado de la solicitud del paciente para Medi-Cal, y a enviar información perteneciente a la elegibilidad del paciente para Medi-Cal a Contra Costa Health Services Department (el Departamento de Servicios de Salud de Contra Costa).

CONSENTIMIENTO PARA CONTACTO TELEFÓNICO / LEY DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR POR TELÉFONO: Autorizo a los Servicios de Salud de Contra Costa, el Centro Médico Regional de Contra Costa y los Centros de Salud a contactarme para obtener asistencia financiera potencial para mi (s) cuenta (s) y / o servicios de cobro y sus sucesores, cesionarios, afiliados o agentes para contactarme en cualquier teléfono. número asociado con mi (s) cuenta (s), incluidos números de teléfono fijo y / o inalámbrico, ya sea en el pasado, presente o futuro. Estoy de acuerdo en que los métodos de contacto pueden incluir llamadas marcadas automáticamente, mensajes de voz artificiales o pregrabados, sistemas de marcación telefónica automática y / o mensajes de texto, según corresponda. Estoy de acuerdo en notificar al hospital con cualquier limitación y puedo revocar este acuerdo llamando al 925-370-5220.

ACUERDO FINANCIERO: El firmante promete reembolsar al Condado de Contra Costa por cualquier servicio que no esté cubierto bajo Medicare, Medi-cal, aseguradora o cualquier otro proveedor de indemnización de cuidado de salud, a los precios establecidos por Contra Costa County Board of Supervisors (el Consejo de Supervisores de el Condado de Contra Costa) durante el tiempo en que éste consentimiento está en efecto. Este consentimiento es válido y en vigor para cualquier atención en el hospital, servicio al paciente externo, emergencia u otros cuidados médicos y/o servicios brindados al paciente en cualquier momento durante los 365 días a partir de la fecha indicada abajo. —Continúa al dorso de la página

El firmante certifica que ha leído ambos lados de éste documento, ha recibido una copia del mismo y que ha recibido una copia de los "Derechos del Paciente", y que es el paciente, su representante legal o quien tiene debida autorización de el paciente como su agente general para ejecutar éste documento y aceptar sus términos.

FECHA / DATE _____ FIRMA DEL/DE PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE (SIGNATURE) _____
TESTIGO DE LA FIRMA / WITNESS TO SIGNATURE _____ RELACION CON EL/LA PACIENTE (RELATIONSHIP TO PATIENT) _____

If patient unable to sign, STATE REASON: _____ Date _____ By _____

DIRECTIVA ANTICIPADA (ED, inpatient)
¿Tiene una Directiva Anticipada? [] Si [] No
Si es "si" ¿hay una copia en el archivo? [] Si [] No
Si no está en el archivo ¿nos proporcionará una copia? [] Si [] No
Si la respuesta es "no" seleccione uno de los siguientes:
___ Conflicto con creencias personales/religiosas
___ No deseo proporcionar/no tengo uno
Si respondió "no" ¿le dieron un folleto de Directiva Anticipada? [] Si [] No
___ Incapaz de determinar/razón
Firma _____ Fecha _____
ACKNOWLEDGMENT OF HIPAA NPP
Yo he recibido una copia del aviso sobre las Normas de Privacidad del Condado de Contra Costa.
Firma _____
Fecha _____



**CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS Y CONDICIONES
DE LOS MISMOS Y DE LA ADMISIÓN, CONT.**

El firmante acuerda además utilizar todos los daños o indemnizaciones pagados a/o en nombre del paciente como resultado de la lesión o enfermedad que requirió esta atención para reembolsar al condado hasta la cantidad facturada pero, sin exceder los honorarios fijados por la Junta de Supervisores. El firmante renuncia durante un periodo de 10 años a la ley que fija los términos de prescripción relacionados a éste asunto. Éste acuerdo y renuncia es obligatorio para el suscrito, sus herederos, cesionarios, administradores y albaceas testamentarios.

El firmante autoriza a la Administración de Seguro Social que dé a conocer información al Departamento de Servicios de Salud del Condado de Contra Costa perteneciente a los beneficios de Seguro Social del paciente, incluyendo el tipo de beneficio, la cantidad que recibe, y la fecha de efectividad. También autoriza que la agencia citada anteriormente dé a conocer información perteneciente al beneficio de Medicare del paciente, incluyendo la fecha de efectividad.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: El firmante, ya sea como agente o como paciente, autoriza el pago directo a el Condado de Contra Costa de cualquier beneficio de aseguranza que sería de otra forma pagadero a/o por el paciente por ésta hospitalización y/o éstos servicios en consultorios externos, incluyendo servicios de emergencia si se han provisto, en un monto que no exceda los cargos corrientes del Condado. Una fotocopia de ésta autorización será considerada tan efectiva y válida como el original.

El firmante autoriza e instruye al abogado encargado de reclamaciones, compañía de seguros y cualquier persona/s compañía o corporación que pueda efectuar un ajuste o pago de cualquier reclamo por daños o indemnización que el paciente haya presentado por la herida o enfermedad que requirió la atención hospitalaria y/o los servicios para paciente externo, para deducir el cobro de éstos servicios de cualquier suma adeudada al paciente y para pagar esa cantidad directamente al Condado de Contra Costa y el firmante asigna esa cantidad a el Condado de Contra Costa.

Por el presente autorizo que Contra Costa Health Services (Servicios de Salud de Contra Costa) o sus representantes, incluyendo un proveedor de terceros, prepare, complete y presente todos los papeles o documentos, incluso los expedientes médicos y financieros necesarios para procesar reclamos bajo un programa de asistencia farmacéutica o de reembolso para medicinas. Asigno todos los beneficios adeudados y recibidos a mi nombre a Contra Costa Health Services (Servicios de Salud de Contra Costa).

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA REEMBOLSO: El firmante acuerda que, en la medida que sea necesario para determinar la responsabilidad por el pago y para obtener reembolso, el Condado de Contra Costa puede revelar partes del historial de el paciente, incluyendo su historial médico y psiquiátrico, a cualquier persona o corporación que sea o pueda ser responsable por todos los gastos o cualquier parte de éstos incluyendo pero no limitado a compañías de seguros, planes de servicios de cuidado de la salud, compañías de indemnización a trabajadores, la Administración del Seguro Social y organizaciones de revision paritaria.

SERVICIOS DE ENFERMERÍA: El firmante entiende que Contra Costa Regional Medical Center y Contra Costa Health Centers proveen únicamente atención de enfermería general, a menos que el médico ordene que se provea una atención de cuidados más intensivos de enfermería.

OBJETOS PERSONALES DE VALOR: El firmante entiende y reconoce que el hospital tiene una caja de seguridad para guardar dinero y artículos de valor y que el hospital no es responsable por cualquier pérdida o daño causados a dinero, joyas, documentos o cualquier otro artículo de propiedad personal que no haya sido depositado en la caja de seguridad. La responsabilidad del hospital por la pérdida de cualquier propiedad personal depositada en el hospital para su protección está limitada por ley a quinientos dólares (\$500.00) excepto cuando el paciente obtiene del hospital un recibo escrito que indique una cantidad mayor.

CONSENTIMIENTO PARA TOMAR FOTOGRAFÍAS: El firmante consiente la toma de imágenes (digitales, video, fotografías) de la condición médica o quirúrgica o tratamiento para propósitos de diagnóstico o tratamiento, o para educación médica conducida por el hospital o los centros de salud.

ABANDONO DEL HOSPITAL: En el caso de que el paciente decida abandonar el hospital en contra del consejo médico, yo, el paciente o su representante, libero por éste medio a el Condado de Contra Costa, sus magistrados, agentes, funcionarios, empleados y médicos, de cualquier y toda responsabilidad por los efectos nocivos que pueden derivarse de abandonar el hospital.

DROGAS Y ALCOHOL: Los pacientes internados en Contra Costa Regional Medical Center (Centro Médico Regional de Contra Costa) no usarán o tendrán en su poder ningún alcohol o droga o instrumento/aparato para el uso de drogas que no haya sido prescrito por el médico de cabecera o en su nombre y dispensados por el personal del hospital durante la presente estadía del paciente en el hospital.