

# Derechos y responsabilidades que Ud. tiene como paciente de Samaritan

## Guía rápida de sus derechos y responsabilidades como paciente de Samaritan Health Services

Samaritan Health Services reconoce y respeta tanto la diversidad como la individualidad de cada persona que admitimos o que tratamos en nuestras instalaciones. Esperamos que todo nuestro personal (empleados, voluntarios, personal médico, médicos residentes, estudiantes, personal contratado y vendedores) provean un cuidado respetuoso y amable a cada paciente y a sus familiares, y que puedan suplir sus necesidades culturales, espirituales, emocionales y personales, de acuerdo con el estilo de vida que tenga el paciente y teniendo en cuenta siempre su dignidad personal.

### Como paciente, yo, o mi representante autorizado, tenemos el derecho a:

- Recibir un cuidado seguro, y un tratamiento y servicios que estén dentro de la capacidad y la misión de Samaritan Health Services, según la ley.
- Recibir servicios sin discriminación ya sea por mi raza, creencia, color, origen nacional, herencia, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género, estado civil, edad, o por ser recién nacido, tener algún desafío o discapacidad, o por mis recursos económicos.
- Que mi familia y mi médico reciban aviso inmediato de que yo haya sido admitido, y que mi familia pueda participar de todas las decisiones que se tomen acerca de mi salud.
- Que todas las comunicaciones y mi historial médico se mantengan en confidencialidad, para ser vistos únicamente por las personas que son responsables en forma directa de mi tratamiento, de las formas de pago, y de los asuntos del funcionamiento del hospital, según la ley.
- Conocer el nombre y el estado profesional de las personas que cuidan de mí.
- Designar a un representante para participar en el desarrollo e implementación de mi plan de salud, así como el plan a seguir cuando me den de alta, y el manejo del dolor.
- Recibir de mi médico la información actual sobre mi diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, en términos que yo pueda entender.
- Recibir de mi médico toda la información que me permita dar mi consentimiento informado antes de comenzar cualquier procedimiento o cirugía, excepto en casos de emergencia.
- Recibir los cuidados para que los síntomas que tenga respondan al tratamiento, aun si los síntomas no están relacionados con la condición primaria de mi tratamiento.
- Recibir cuidado amable y respetuoso, en un ambiente seguro y privado, libre de negligencia, acoso y abuso.
- Llenar y completar una directiva anticipada de atención de mi salud, comunicando los deseos que tengo acerca del cuidado de mi salud en el caso de encontrarme incapaz de expresarlos. Estos pueden referirse también a la donación de mis órganos o tejidos.
- Negarme a ser tratado, dentro de la ley, y ser informado acerca de las consecuencias médicas de ello.
- Para solicitar la restricción al acceso o a la revelación de mis antecedentes médicos.
- Para solicitar el motivo de la revelación de mis antecedentes médicos.
- Recibir asistencia con su plan de alta medica.
- Para recibir comunicación sobre la información protegida de mi salud por medios alternativos y/o en diferentes lugares.
- Pedir que un especialista me trate, a mi cargo.
- Si me tienen que trasladar a otro lugar, a ser informado de la razón para ello, de cualquier otra alternativa, y si el nuevo lugar me acepta.
- Recibir toda evaluación del dolor que tenga, y el plan de manejo del mismo.
- Participar en la planificación de mi tratamiento médico, así como a negarme a participar de alguna investigación médica experimental.
- Ser libre de cualquier forma de restricción o reclusión que no sean necesarios para mi tratamiento y cuidado, o que sean usados como disciplina, coerción, conveniencia, o retribución por parte del personal.
- Recibir evaluación y la provisión de servicios para mi protección.
- Designar a quienes me pueden visitar durante mi estadía en el hospital, incluyendo a mi cónyuge (incluyendo mi pareja doméstica del mismo sexo) otros parientes y amigos. No habrá restricción de visitas basada en la raza, color, origen nacional, religión, sexo, género, identidad de género, orientación sexual o discapacidad.
- Revocar mi consentimiento de recibir ciertas visitas, o a negar visitas.
- Recibir cuidado y tratamiento que respeten, mis valores, creencias y filosofía de la vida.
- Recibir apoyo emocional y espiritual para mí y para mi familia.
- Tener acceso a mi historial médico dentro de un plazo razonable de tiempo. Esto incluye que yo pida algo que se haya agregado o cambiado en el historial.
- Examinar mi cuenta y recibir una explicación de ella, sin importar la fuente de los recursos para pagarla; puedo ser informado de las formas de ayuda financiera a disposición.
- Recibir información de la relación que Samaritan Health Services tiene con otras instituciones médicas u educacionales involucradas en mi cuidado y tratamiento.
- Recibir traducción/interpretación del idioma sin costo.
- Presentar una queja, y ser informado del proceso de la investigación, así como tratar mi queja sin temor a represalias o retribución por parte de las personas u organizaciones que proveen mi cuidado/tratamiento.
- Comunicación efectiva, incluyendo el acceso sin cargo a dispositivos y accesorios para la comunicación, en caso de dominio limitado del inglés o problemas con la vista, el oído o el habla.

# Como paciente, yo, o mi representante autorizado, tenemos la responsabilidad de:

- Notificar a mi médico o proveedor de atención médica acerca de cambios en mi condición.
- Participar en pleno en mi cuidado y mi tratamiento.
- Dar información completa acerca de mi condición de salud y mi historial médico, y de dar a conocer el cuidado de mi salud y cualquier riesgo para mi salud si los percibo, así como de hacer preguntas cuando no entiendo lo que se me ha dicho acerca de mi cuidado.
- Notificar a mis proveedores del cuidado o a mi médico de cualquier síntoma o problema de salud, aun si no están relacionados con mi condición/ problema primario de salud.
- Hacerles saber a los proveedores de mi cuidado o a mi médico del dolor que siento, y participar con ellos en el desarrollo de un plan para controlar/manejar el dolor.
- Informar a los proveedores de mi cuidado o al médico si no entiendo las instrucciones, o si no podré cumplir con ellas.
- Aceptar las consecuencias de mis decisiones si elijo no participar en el plan de tratamiento recomendado.
- Observar toda regla de seguridad.
- Ser considerado con los pacientes, las familias y el personal; ayudar en el control de ruidos y disturbios, y seguir las políticas de la organización acerca del uso del tabaco.
- No amenazar ni lastimar a otros pacientes, familias ni al personal.
- No destruir propiedad ajena, ni de otros pacientes, ni de familias, ni del personal, ni de la institución.
- Cumplir con todas las obligaciones financieras del cuidado de mi salud tan pronto como sea posible.

## Si tiene Ud. alguna pregunta o le gustaria informacion adicional

Resuelva cualquier queja de inmediato, en el momento de recibir el servicio en cuestión. Si no cumplimos con sus expectativas en forma satisfactoria, le invitamos a compartir sus preocupaciones o quejas en forma personal, o por correo con cualquiera de las personas mencionadas aquí:

1. Cualquier miembro del equipo que le provee a Ud. el cuidado de su salud, incluyendo a su médico.
2. Cualquier manager de departamento, manager de clínica, o supervisor/a de enfermería.
3. El administrador del hospital.  
**Samaritan Albany General Hospital**  
Attn: Administration  
1046 Sixth Avenue SW  
Albany, OR 97321 • 541-812-4000  
**Good Samaritan Regional Medical Center**  
Attn: Administration  
3600 NW Samaritan Drive  
Corvallis, OR 97330 • 541-768-5111  
**Samaritan Lebanon Community Hospital**  
Attn: Administration  
PO Box 739  
Lebanon, OR 97355 • 541-258-2101  
**Samaritan North Lincoln Hospital**  
Attn: Administration  
3043 NE 28th Street  
Lincoln City, OR 97367 • 541-994-3661  
**Samaritan Pacific Communities Hospital**  
Attn: Director of Quality Management  
930 SW Abbey Street  
Newport, OR 97365 • 541-265-2244
4. Oregon Health Authority  
(Una organización que controla la salud y la calidad del cuidado de la salud.)  
971-673-0540 • mailbox.hclc@state.or.us
5. DNV (Det Norske Veritas)  
(Una agencia que acredita el cuidado de la salud)  
1-866-523-6842 • hospitalcomplaint@dnv.com
6. Linvanta, LLC  
(Una organizacion que se dedica a mejorar la calidad del cuidado de la salud)  
llame al 1-877-588-1123 o  
9090 Junction Drive, Suite 10  
Annapolis Junction, MD 20701
7. Privacidad, Confidencialidad y Asuntos de de HIPAA  
Servicios de Salud de Samaritan  
Attn: Oficial de Privacidad  
3600 NW Samaritan Drive  
Corvallis, OR 97330  
541-451-7928  
  
U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights  
2201 Sixth Ave., Mail Stop RX-11  
Seattle, WA 98121 • 206-615-2290  
hhs.gov/ocr/complaints

