

Derechos del Paciente

Dentro de nuestra capacidad y alcance de nuestra misión y servicios, el Centro Médico Regional en Memphis respeta y apoya los derechos del paciente a tener acceso imparcial al tratamiento y servicios que son consistentes con las leyes y reglamentos pertinentes y por indicación médica sin importar su raza, credo, sexo u orientación sexual, origen nacional, edad, discapacidad, diagnóstico o fuentes de pago.

Como parte de nuestra misión de enseñanza, residentes y estudiantes pueden participar en su cuidado junto con su doctor, enfermeras registradas, u otros profesionales. Por favor hable con su enfermera o doctor, si usted tiene alguna inquietud.

Respetamos los derechos de cada paciente, la dignidad, los valores y las necesidades espirituales, culturales y personales. Porque usted es un compañero en el cuidado de su salud, queremos que usted conozca sus derechos, así como sus responsabilidades durante su estadía en el hospital. Le animamos a unirse a nosotros como un miembro más de su equipo de atención.

Usted, el paciente, tiene el derecho a:

- Un cuidado respetuoso en un lugar seguro.
- Un entorno que esté libre de todo tipo de abuso, negligencia o maltrato.
- Recibir un tratamiento adecuado para controlar el dolor.
- Obtener información completa en términos sencillos sobre su diagnóstico, tratamiento y progreso de salud.
- Una comunicación que usted pueda entender. Servicios de intérprete y los teléfonos TDD proporcionados sin costo alguno para usted.
- Ser informado de acontecimientos inesperados e imprevistos.
- Conocer la identidad y el estatus profesional de los individuos, los médicos u otros proveedores de salud involucrados en su cuidado y saber cual doctor u otro practicante es el principal responsable de su cuidado. El Centro Médico Regional en Memphis es un sitio de enseñanza para el Centro de Ciencias Médicas de la Universidad de Tennessee (UTHCS-Memphis). Si usted no tiene un médico particular, se le asignará un profesional médico que está en la facultad de UTHSC-Memphis, y/o un miembro del personal de la clínica médica de EI MED.
- Ayudar a planificar su cuidado y hacer su parte del plan de salud.
- Tener a un representante que tome parte en sus decisiones médicas.
- Escoger sus visitantes, aunque ellos no sean miembros legales de su familia. Usted puede retirar su consentimiento o denegar a los visitantes en cualquier momento.
- Tener acceso a una persona de apoyo de su elección en cualquier momento.



Patient Rights & Responsibilities (Spanish)

Form No. RMC.330 (Rev. 04/12)

Usted, el paciente, tiene el derecho a (continuación):

- Tomar decisiones sobre su cuidado, incluyendo directivas médicas anticipadas, como un testamento de vida, establecer un poder notarial para la atención médica, plan anticipado de atención o la denegación de atención médica. Si usted no puede tomar estas decisiones, puede designar a un representante para actuar en su nombre.
- Expresar sus creencias espirituales, culturales y personales, y nos adaptaremos con sus necesidades espirituales o religiosas si no interfieren con los demás o las operaciones del hospital. Los servicios de capellanía están disponible 24/7. Usted le puede pedir al personal que lo pongan en contacto con el capellán o pedir una visita del clero llamando al 545-7925.
- No estar restringido o aislado si no es médicamente necesario.
- Respeto a su privacidad. Usted puede dar o negar su consentimiento para las grabaciones, fotografías, películas u otras imágenes utilizadas con fines internos o externos. El consentimiento para las grabaciones, fotografías, videos u otras imágenes pueden ser retiradas en cualquier momento.
- Mantener en privado sus expedientes médicos y las discusiones acerca de su cuidado, al menos que usted nos diga que podemos compartir la información sobre su estado de salud y tratamiento.
- Recibir información detallada sobre los cargos del hospital y los médicos.
- Revisar su expediente médico por escrito con un médico.
- Aceptar o negarse a participar en los estudios de investigación. Usted puede retirarse de un estudio en cualquier momento.
- Hablar acerca de un tema ético con el representante del Comité Ético. Para ponerse en contacto con un representante, usted puede marcarle a su bípser al 790-9651.
- Expresar sus inquietudes acerca de su cuidado a un médico, gerente de los enfermeros, defensor del paciente, o cualquier otro personal, o contacte:
 - Al defensor del paciente llamando al 545-7123;
 - A la Joint Comission llamando al 1-800-994-6610; por correo electrónico a: complaint@jointcomission.org o por correo a: One Renaissance Boulevard, Oakbrook Terrace, IL 60181;
 - A la línea de denuncia del Departamento de Salud del Estado de Tennessee al 1-800-852-2187; o
 - Los beneficiarios de Medicare pueden contactar al 1-800-MEDICARE con inquietudes acerca de la calidad del cuidado recibido.



Usted, el paciente, tiene la responsabilidad a:

- Proveer lo más que usted sepa acerca de su información de salud pasada, de una manera precisa y completa.
- Hacer preguntas si usted no entiende algo que se le diga acerca de su estado de salud y el plan de tratamiento.
- Informarnos cuando usted vea cambios en su estado de salud.
- Proporcionarnos una copia del documento de su directiva medica anticipada.
- Decirnos si usted se siente inseguro o no está satisfecho con su cuidado.
- Respetar los derechos de otros pacientes, sus familiares y el personal del hospital.
- Dejarnos saber si usted tiene alguna necesidad personal, cultural, espiritual, u otras.
- Seguir las reglas del hospital.
- Pagar su cuenta a tiempo.



Patient Rights & Responsibilities (Spanish)

Form No. RMC.330 (Rev. 04/12)

PLAN DE ATENCIÓN ANTICIPADA

Instrucciones: Los adultos competentes y los menores emancipados pueden proporcionar instrucciones anticipadas usando este formulario o cualquier otro formulario que elijan. Para que sea legalmente obligatorio, el Plan de Atención Anticipada debe estar firmado y contar ya sea con la autenticación de testigos o la certificación de un notario.

Yo, _____, por el presente documento, proporciono instrucciones anticipadas sobre el tratamiento que deseo recibir de mis médicos y demás proveedores de atención médica cuando ya no pueda tomar dichas decisiones de tratamiento yo mismo.

Representante: Deseo que la siguiente persona tome las decisiones de atención médica en mi nombre:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación: _____
Domicilio: _____

Representante alternativo: Si la persona nombrada en la sección anterior no está capacitada o no está dispuesta a tomar las decisiones de atención médica en mi nombre, nombro como representante alternativo a:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación: _____
Domicilio: _____

Calidad de vida:

Deseo que mis médicos me ayuden a mantener una calidad aceptable de vida, incluido el control suficiente del dolor. Para mí, una calidad de vida inaceptable significa llegar a tener cualquiera de los siguientes problemas (**puede marcar todas las opciones que desee**):

- Inconsciencia permanente:** Estoy totalmente inconsciente de las personas o de lo que me rodea con pocas probabilidades de salir en algún momento del coma.
- Confusión permanente:** Pierdo la capacidad de recordar, entender o tomar decisiones. No reconozco a mis seres queridos o no puedo tener una conversación comprensible con ellos.
- Dependiente en todas las actividades de la rutina diaria:** Ya no puedo hablar con claridad ni moverme por mí mismo. Dependo de otros para alimentarme, bañarme, vestirme y caminar. La rehabilitación o cualquier otro tratamiento reconstituyente no será de ayuda.
- Enfermedades en etapa terminal:** Tengo una enfermedad que haya alcanzado sus etapas finales a pesar de recibir tratamiento completo. Ejemplos: cáncer generalizado que ya no responda al tratamiento; enfermedad crónica y/o daño al corazón y los pulmones, por el que necesite oxígeno la mayor parte del tiempo y mis actividades estén limitadas debido a la sensación de asfixia.

Tratamiento:

Si mi calidad de vida llega a ser inaceptable para mí y mi enfermedad es irreversible (es decir, no habrá mejoría), dispongo que se me proporcione el tratamiento médicamente apropiado según lo siguiente. **Una marca en la casilla “Sí”, significa que DESEO recibir el tratamiento. Una marca en la casilla “No”, significa que NO DESEO recibir el tratamiento.**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RCP (Reanimación cardiopulmonar): para hacer que el corazón lata de nuevo y restablecer la respiración después de que se haya detenido. Por lo general, implica el uso de choques eléctricos, compresión torácica y ayuda respiratoria.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mantenimiento de vida / otra ayuda artificial: uso continuo de un ventilador respiratorio, administración de líquidos por vía intravenosa, medicamentos y demás equipo que ayude a que los pulmones, el corazón, los riñones y demás órganos sigan funcionando.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento de nuevas enfermedades: uso de cirugía, transfusiones de sangre o antibióticos para el tratamiento de una nueva enfermedad, pero que no serán de ayuda contra la enfermedad principal.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonda nasogástrica / líquidos por vía intravenosa: uso de sondas para hacer llegar alimento y agua al estómago del paciente, o la administración de líquidos por vía intravenosa que incluirían alimentación e hidratación administradas artificialmente.

Otras instrucciones, como disposiciones de sepultura, cuidados paliativos, etc.: _____

(Usar más páginas de ser necesario.)

Donación de órganos (opcional): Al morir, deseo hacer la siguiente donación anatómica (marque una):

Cualquier órgano/tejido Todo el cuerpo Sólo los siguientes órganos/tejidos: _____

FIRMA

Su firma debe ser autenticada por dos testigos adultos y competentes o certificada por un notario. Si es autenticada por testigos, ninguno de ellos puede ser la persona que haya nombrado como su representante, y al menos uno de los testigos debe ser alguien que no tenga parentesco con usted ni derecho a recibir parte de su herencia.

Firma: _____
(Paciente)

FECHA: _____

Testigos:

1. Soy un adulto competente y no soy la persona nombrada como el representante. Soy testigo de la firma del paciente en este formulario.
2. Soy un adulto competente y no soy la persona nombrada como el representante. No tengo parentesco consanguíneo con el paciente, ni por matrimonio ni por adopción, ni tengo derecho a parte alguna de la herencia del paciente a su fallecimiento de acuerdo con algún testamento o codicilo testamentario existente o por disposición legal. Soy testigo de la firma del paciente en este formulario.

Firma del testigo número 1

Firma del testigo número 2

Este documento puede ser certificado por un notario en lugar de ser autenticado por testigos:

ESTADO DE TENNESSEE
CONDADO DE _____

Soy un Notario Público en y para el estado y condado mencionado anteriormente. Me consta que la persona que firmó este documento y a quien conozco personalmente (o quien acreditó su identidad presentándome pruebas satisfactorias) es la persona que firmó como el "paciente". El paciente compareció personalmente ante mí y firmó en la sección anterior, o reconoció que la firma anterior es la suya propia. Declaro, bajo pena de perjurio, que el paciente parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y libre de intimidación, fraude o influencia indebida.

Mi cargo vence: _____
Firma del Notario Público

QUÉ HACER CON ESTA VOLUNTAD ANTICIPADA

- Proporcione una copia a sus médicos.
- Conserve una copia en su archivo personal, en un lugar al que otras personas tengan acceso.
- Informe a sus parientes y amigos cercanos sobre el contenido de este documento.
- Proporcione una copia a las personas que nombró como representantes de atención médica.

*Aprobado por el Tennessee Department of Health, Board for Licensing Health Care Facilities (Consejo de Licencias de Establecimientos de Atención Médica del Departamento de Salud de Tennessee), 3 de febrero de 2005
Reconocimiento a Project GRACE (Proyecto GRACE) por inspirar la elaboración de este formulario.*