

RESUMEN DE LOS DERECHOS DE EL PACIENTE EN FLORIDA

LA LEY DEL ESTADO DE LA FLORIDA REQUIERE QUE EL PROVEEDOR O FACILIDAD DEL CIUDADO DE SU SALUD RECONOZCA SUS DERECHOS MIENTRAS USTED RECIBE CUIDADO MÉDICO. LA LEY TAMBIÉN REQUIERE QUE USTED RESPETE EL DERECHO QUE TIENE SU PROVEEDOR O FACILIDAD DEL CIUDADO DE SU SALUD A ESPERAR UN COMPORTAMIENTO RAZONABLE DE SU PARTE. USTED PUEDE SOLICITAR DE SU PROVEEDOR O FACILIDAD DEL CIUDADO DE SU SALUD, UNA COPIA COMPLETA DEL TEXTO DE ESTA LEY. A CONTINUACIÓN ES UN RESUMEN DE SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE:

EL PACIENTE TIENE DERECHO...

- A ser tratado con cortesía y respeto, con dignidad y con protección a su privacidad.
- A manejo confidencial de su expediente médico y tener la oportunidad de autorizar o nejar copia del expediente a otra entidad, excepto cuando es requerido según la ley.
- A saber quién está proveyendo cuidado y servicios médicos. Saber quién es su equipo en la casa médica y que trabajarán juntos para explicar las cosas que son importantes para usted, y apoyarlo en todo momento en su cuidado médico.
- Saber cómo contactar su casa médica despues de horas.
- A ser tratado por cualquier condición de emergencia médica que deterioraria por falta de tratamiento.
- Al acceso imparcial a tratamiento médico sin tener en cuenta raza, color, sexo, nacionalidad, incapacidad, religión, edad, orientación sexual o fuente de pago.
- A saber qué servicios de ayuda para pacientes están disponibles y si un intérprete esté disponible si usted no habla inglés.
- A que su proveedor de salud le provea información sobre su diagnóstico, evaluación, plan de tratamiento, riesgos, pronóstico, opciones y a que se le provea pronta contestación a sus preguntas y peticiones.
- A rechazar cualquier tratamiento, excepto cuando es mandado por ley.
- A petitionar antes del tratamiento si el proveedor o facilidad acepta "Medicaid" o "Medicare."
- A saber si el tratamiento es para propósitos de investigación experimental y tener la opción de consentir o rechazar su participación en el experimento.
- A que le provean una vez que usted lo peticione, y antes del tratamiento, un estimado razonable de los honorarios por el tratamiento médico y completa informacion y consejos necesarios sobre recursos financieros disponibles para el tratamiento.
- A recibir una copia comprensible y detallada de los gastos incurridos y por petición, una explicación de los cargos.
- A saber las reglas y regulaciones que aplican a su conducta.
- A expresar cualquier violación a sus derechos, de acuerdo a las leyes de la Florida y através del proceso de apelaciones de su proveedor de salud, la facilidad que le proporcionó servicios y la agencia del Estado apropiada.
- Buscar tratamiento y servicios de salud de cualquier médico, clínica, hospital u otro proveedor y no es requerido a buscar tratamiento de salud o servicios de proveedores afiliados con Premier Community Healthcare Group, Inc.

EL PACIENTE TIENE LA RESPONSABILIDAD...

- De proveer información precisa y completa de acuerdo a su recolección a su proveedor de salud sobre su queja presente, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicinas, incluyendo la medicina sin receta y suplementos dietéticos, alergias, o otros problemas de su salud.
- De reportar cambios inesperados de su condición a su proveedor.
- De reportar a su proveedor si usted entiende o no, el curso de acción y saber que se espera de usted. Asegúrese de saber las cosas que necesita mejorar antes de su próxima cita.
- De estar seguro de que hacer antes de su proxima cita.
- De seguir el plan de tratamiento recomendado, por su proveedor y a tomar responsabilidad propia si decide negarse al tratamiento o a no seguir las instrucciones de su proveedor.
- De mantener su cita o notificar a su proveedor o al centro si usted no puede asistir su cita.
- De asegurarse que las obligaciones financieras por el cuidado de su salud sean cumplidas lo mas pronto posible.
- A seguir reglas y regulaciones de conducta de la facilidad que afectan el cuidado y conducta del paciente.

NUMERO TELEFONICO DE MEDICAID

1(888) 419-3456

2727 Mahan Drive

Tallahassee, FL 32308

<http://www.ahca.myflorida.com/>