

Declaración de derechos de los pacientes

Como paciente en un hospital del estado de Nueva York, usted tiene derecho, de acuerdo con la ley, a:

1. Comprender y utilizar estos derechos. Si por la razón que sea, usted no comprende estos derechos o necesita ayuda para hacerlo, el hospital TIENE que proporcionar asistencia, incluyendo a un intérprete.
2. Recibir tratamiento sin que haya discriminación a causa de la raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidades, orientación sexual, capacidad de pagar, o edad.
3. Recibir atención con consideración y respecto en unas instalaciones limpias y seguras y que estén libres de restricciones innecesarias.
4. Recibir atención de emergencia si usted la requiere.
5. Ser informado del nombre y de la posición dentro del hospital del médico que estará a cargo de su cuidado.
6. Saber el nombre, la posición y las funciones de cualquier empleado del hospital que tome parte en su atención de salud y su tratamiento, y el derecho a rechazar el tratamiento, examen u observación por parte de cualquiera de ellos.
7. Un cuarto para no fumadores.
8. Recibir información completa acerca de su diagnosis, tratamiento y prognosis.
9. Recibir toda la información que usted necesite para así poder dar un consentimiento bien informado sobre cualquier procedimiento o tratamiento que propongan los profesionales de la salud del hospital. Esta información debe incluir los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o el tratamiento propuestos.
10. Recibir toda la información que usted necesite para así poder dar un consentimiento bien informado para impartir la orden de que usted no sea resucitado. También tiene derecho a designar a otra persona para dar ese consentimiento en nombre suyo si usted se encuentra demasiado enfermo para hacerlo. Si quiere información adicional, por favor solicite que le entreguen una copia del folleto "Tomando decisiones sobre el cuidado de la salud. Una guía para los pacientes y las familias".
11. Rehusar un tratamiento en particular y ser informado de los efectos que esta decisión podría tener para su salud.
12. Rehusar ser parte de una investigación. Antes de decidir si usted quiere o no participar, tiene derecho a una explicación completa.
13. Privacidad mientras se encuentra en el hospital y confidencialidad con la información y los registros médicos que correspondan a su cuidado.
14. Participar en todas las decisiones sobre su tratamiento y las circunstancias para darle de alta. El hospital debe entregarle un plan escrito sobre su salida del hospital, así como una descripción por escrito de cómo apelar la decisión de darle de alta.
15. Revisar sus registros médicos sin costo alguno. Obtener una copia de sus registros médicos por la cual el hospital puede cobrar una cantidad razonable. No se le puede negar una copia tan sólo porque usted no se encuentra en capacidad de pagar.
16. Recibir una factura detallada y una explicación de todo lo que se le está cobrando.
17. Quejarse sin temor a represalias del cuidado y los servicios que está recibiendo, y recibir una respuesta de parte del hospital, por escrito si así lo solicita usted. Si no queda satisfecho con la respuesta del hospital, puede quejarse al Departamento de Salud del estado de Nueva York. El hospital debe proporcionarle el número telefónico del Departamento de Salud.
18. Autorizar el ingreso de aquellos familiares y otros adultos a quienes se les dará prioridad para visitarlo, en caso de que sea conveniente para su salud, recibir visitantes.
19. Hacer saber sus deseos en lo referente a donaciones anatómicas. Puede dejar documentados sus deseos en un poder por escrito o en una tarjeta de donador, que se encuentra disponible en cada hospital.

Usted puede comunicarse con las siguientes entidades para expresar cualquier inquietud, reclamo o queja que pueda tener:

Center	Choices Women's Medical Center - Patient Relation Services, 29-28 41 st Avenue, LIC, NY 11101 Telephone: (718) 349-9100ext. 252
State Agency	NYS Department of Health, 433 River Street, 6 th Floor, Troy, New York 12180, Telephone: (800) 804-5447
Medicaid	NYS Office of the Medicaid Inspector, Main Office, 800 North Pearl Street, Albany, NY 12204, Telephone: (518) 473-3782 - Email: information@omig.ny.gov