

Marietta Surgical Center

Paciente Notificación Forma

DERECHOS DEL PACIENTE:

Marietta Surgical Center querría asegurarle de sus derechos y responsabilidades como un paciente.

Usted tiene el derecho a:

- Cuidado considerado, respetuoso y dignificado en un ambiente seguro, libre de todas formas de abuso, descuido, acoso y explotación.
- Privacidad que es personal y informal, al respecto de la ley.
- Información con respecto a su diagnóstico, el tratamiento & pronóstico en un idioma o manera que usted puede comprender, o a un individuo designado por usted o a un individuo legalmente autorizado como parte del proceso informado de consentimiento.
- Apropiada evaluación y gestión de dolor.
- La oportunidad de tener parte en las decisiones que implican su asistencia médica, a menos que contraindicado por preocupaciones de su salud.
- Accesar tratamiento imparcial a pesar de el color, sexo, origen nacional, religión, desventaja o incapacidad.
- Tener consejo y desecho para tomar parte en cualquier investigación sin riesgo de comprometer su derecho de conseguir acceso a cuidado, tratamiento o servicios.
- Saber la identidad & estatus profesional de individuos que proporcionan servicio.
- Solicitar un cambio en proveedores de cuidado si otros proveedores calificados están disponibles.

QUEJAS DEL PACIENTE:

Marietta Surgical Center revisará inmediatamente, investigará y se resuelve alguna queja o las quejas pacientes en una manera oportuna. Si usted se siente que usted puede tener un asunto, nosotros les proporcionamos con la información siguiente de contacto:

Marietta Surgical Center, 780 Canton Road, Suite 100
Marietta, GA 30060
Atención: Administrador

Composite State Board of Medical Examiners
2 Peachtree Street, NW, 10th Floor
Atlanta, GA 30303-3465
404-656-3913
<http://medicalboard.georgia.gov>

Department of Community Health
2 Peachtree Street, 31st Floor
Atlanta, GA 30303-3142
404-657-8939
1-800-878-6442

<http://ors.dhr.georgia.gov/portal/site/DHR-ORS/>

Todos beneficiarios del Medicare también pueden archivar una queja con el Medicare Beneficiario Ombudsman. Visite la página web del Ombudsman:

www.cms.hhs.gov/center/ombudsman.asp
1-800-MEDICARE

CONSULTA:

El paciente, en su propia petición & el gasto, tiene el derecho de consultar con un especialista.

La Revelación de Propiedad

- El médico tiene un interés financiero en esta facilidad
- El médico no tiene un interés financiero en esta facilidad

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTES:

Usted es responsable para:

- Proporcionando información completa y exacta con respecto a su estatus presente de la salud (inclusive pasado y medicinas presentes), historia clínica pasada, & para informar algún cambio al facultativo apropiado.
- Siguiendo el plan de tratamiento recomendado por el doctor primario.
- Siguiendo las reglas y regulaciones de la facilidad que afecta cuidado de los pacientes y conducto.
- En el caso de un paciente pediátrico, un padre o el guardián debe de quedarse en la facilidad durante la estancia del paciente.
- Es considerado & respetuoso de los derechos de otros pacientes y el personal de facilidad.
- Encontrar un adulto responsable para transportarle a la casa después de que la cirugía y un adulto para cuidarle para las primeras 24 horas después del cirugía/anestesia.
- Indicando si usted comprende claramente una línea de acción contemplada y lo que es esperado de usted.
- Sus acciones si usted se niega tratamiento, deja la facilidad contra el consejo del facultativo y/o no sigue las instrucciones del facultativo que relacionan para su cuidar.
- Asegurando obligaciones financieras de su asistencia médica son cumplidas tan convenientemente posible.

INTIMIDAD y La CONFIDENCIALIDAD:

Marietta Surgical Center se conforma con HIPAA federal (Health Insurance Portability & Accountability Act) regulaciones para mantener la intimidad de su información de salud.

DIRECTIVO AVANZADO:

Marietta Surgical Center no es una facilidad aguda de cuidado; por lo tanto a pesar del contenido de ninguna directiva ni instrucciones avanzadas de una asistencia médica sustituto ni el abogado, si un acontecimiento adverso ocurre durante su tratamiento, nosotros iniciaremos resucitativo o cualquier otras medidas estabilizadoras y le transfiere a una colocación aguda del cuidado para la evaluación adicional. Su acuerdo con esta política no revoca ni invalida directivas actuales de asistencia médica ni poder de asistencia médica.

FIRMANDO ESTE DOCUMENTO, YO RECONOZCO QUE HE LEIDO, HE COMPRENDIDO Y HE ACEPTADO SU CONTENIDO:

POR FAVOR, NOMBRE COMPLETO PACIENTE DE IMPRESSION

LA FIRMA DE PACIENTE O REPRESENTANTE DEL PACIENTE

LA FECHA y TIEMPO

Imprimir nombre completo:

Paciente etiqueta identificativa
(Patient Identification Label)