

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE EN CUIDADO POSHOSPITALARIO (*SWING BED*)

George L. Mee Memorial Hospital

Derechos de los pacientes en cuidado poshospitalario (*SWING Bed*):

1. Ejercer sus derechos como paciente de las instalaciones y como ciudadano o residente de los Estados Unidos.
2. Estar libre de interferencias, coacción, discriminación y represalias por parte de las instalaciones en el ejercicio de sus derechos.
3. Tener acceso, previa solicitud oral o escrita, a todos los registros que le pertenecen, incluida la historia clínica actual, dentro de las 24 horas (excepto fines de semana y días festivos). Una vez recibidos los registros para su inspección, el paciente podrá adquirir, a un costo no superior al estándar comunitario, fotocopias de dichos registros o de cualquier parte de estos, previa solicitud y aviso a la institución con dos días hábiles de antelación.
4. Estar completamente informado sobre su estado de salud en el idioma que pueda comprender, incluyendo, entre otros, su afección médica.
5. Rechazar el tratamiento, rehusarse a participar en investigaciones experimentales y formular una directiva anticipada.
6. Ser informado acerca de quién tiene derecho a recibir beneficios de Medicaid, por escrito, en el momento de la admisión al centro de enfermería o cuando el paciente sea elegible para Medicaid; de los artículos y servicios que se incluyen en los servicios del centro de enfermería bajo el plan estatal y por los cuales no se le puede cobrar al paciente; aquellos otros artículos y servicios que ofrece el centro y por los cuales se le puede cobrar al paciente, y el monto de los cargos por dichos servicios; e informar a cada paciente cuando se realizan cambios relativos a los artículos y servicios.
7. Informar a cada paciente antes o en el momento de la admisión, y periódicamente durante su estadía, acerca de los servicios disponibles en el centro y de los cargos por dichos servicios, incluidos los cargos por servicios no cubiertos por Medicare o por la tarifa diaria del centro.
8. Elegir un médico tratante personal y estar completamente informado con antelación sobre la atención y el tratamiento y de cualquier cambio en esa atención o tratamiento que pudiera afectar el bienestar del paciente, y, a menos que se declare incompetente o se encuentre incapacitado, según las leyes del estado, participar en la planificación y el tratamiento o en posibles cambios en la atención y el tratamiento.
9. A la privacidad personal y la confidencialidad de sus registros personales y clínicos. La privacidad personal incluye alojamiento, tratamiento médico, comunicaciones escritas y telefónicas, cuidado personal, visitas y reuniones de grupos familiares y de pacientes. Esto no implica que las instalaciones proporcionen una habitación privada para cada paciente. El paciente puede aprobar o rechazar la divulgación de registros personales y clínicos a cualquier persona fuera de las instalaciones. El derecho del paciente a rechazar la divulgación de registros personales y clínicos no se aplica cuando el paciente es transferido a otra institución de atención médica o si la ley exige la divulgación de los registros.
10. A tener privacidad en las comunicaciones escritas, incluyendo el derecho a enviar y recibir con prontitud correo sin abrir, y a tener acceso a papelería, franqueo y útiles de escritura a cargo del propio paciente.

Página 1 de 4



place label here

**Derechos y responsabilidades del paciente en cuidado poshospitalario (*SWING BED*)
(*SWING Bed Patient Rights and Responsibilities*)**

6171.087 (New 3/5/21 – FINAL)

11. A decidir ser visitado por las siguientes personas:

- Sujeto al derecho del paciente a denegar o retirar el consentimiento en cualquier momento, la familia inmediata u otros parientes del paciente, incluidos, entre otros, un cónyuge, una persona de apoyo, una pareja doméstica (incluida una pareja doméstica del mismo sexo), otro miembro de la familia o un amigo.
- Sujeto a restricciones razonables y al derecho del paciente a negar o retirar el consentimiento en cualquier momento, otras personas que estén de visita con el consentimiento del paciente.

12. Retener y usar pertenencias personales, incluido algún mobiliario y ropa adecuada, según el espacio lo permita, a menos que hacerlo infrinja los derechos o la salud y la seguridad de otros pacientes.

13. Compartir una habitación con el cónyuge cuando los pacientes casados residan en las mismas instalaciones y ambos cónyuges otorguen su consentimiento a los arreglos.

14. Permanecer en las instalaciones y no trasladar ni dar de alta al paciente de las instalaciones a menos que:

- el traslado o el alta sean necesarios para el bienestar del paciente, y las necesidades del paciente no puedan satisfacerse en las instalaciones;
- el traslado o el alta sean apropiados porque la salud del paciente ha mejorado lo suficiente como para que ya no necesite los servicios proporcionados por las instalaciones;
- la seguridad de las personas en las instalaciones se vean en peligro;
- el paciente no ha podido, después de una notificación razonable y apropiada, pagar (o haber pagado bajo Medicare o Medicaid) una estadía en las instalaciones. Para un paciente que se vuelve elegible para Medicaid después de la admisión a las instalaciones, las instalaciones pueden cobrarle al paciente solo el cargo permitido por Medicaid;
- las instalaciones dejan de operar.

15. Estar libre de cualquier restricción química o física impuesta por motivos de disciplina o conveniencia, y que no es necesaria para tratar los síntomas médicos del paciente.

16. Estar libre de abuso verbal, abuso sexual, físico y mental, castigo corporal y reclusión involuntaria.

17. A estar en un entorno que promueva el mantenimiento o la mejora de la calidad de vida de cada paciente.

18. Para abordar inquietudes sobre su seguridad o atención en Mee Memorial Healthcare System, comuníquese con su enfermera, cuidador o personal de servicios sociales para ofrecernos la oportunidad de resolver sus inquietudes.

19. Comunicarse con el Ombudsman o con otras Oficinas de Servicios Regulatorios en cualquier momento.

Información de contacto:

Ombudsman

831-758-4011

247 Main St., Salinas, CA 93901

1-800-231-4024

Ombudsman estatal Línea de crisis sin cargo las 24 horas

TDD/TYY: 1-800-735-2929/1-800-735-2922 or 711

Queja ante el hospital

Puede hacerlo escribiendo o llamando al **Representante de Servicio al Cliente, 300 Canal Street, King City, CA 93930, y al 1-831-385-7128.** El comité de quejas revisará cada queja y le proporcionará una respuesta por escrito dentro de los **7 (siete)** días. La respuesta por escrito contendrá el nombre de una persona a contactar en el hospital, los pasos que se siguieron para investigar la queja, los resultados del proceso de quejas y la fecha de finalización de dicho proceso. Las inquietudes con respecto a la calidad de la atención o el alta prematura también se remitirán al Comité de Utilización y Revisión por Pares (PRC) correspondiente.

Queja ante el estado

Presente una queja ante el Departamento de Salud Pública de California independientemente de si utiliza el proceso de quejas del hospital. La dirección y el número de teléfono del Departamento de Salud Pública de California son **California Department of Public Health Services, 100 Paseo de San Antonio, Suite 235, San José, CA 95113, 1-800-554-0348.**

Agencia estatal

Presente una queja ante el Departamento de Vivienda y Empleo Justo en www.dfeh.ca.gov, 1-800-884-1684 o 1-800-700-2320 (TTY) o 2218 Kausen Drive #100, Elk Grove, CA 95758.

Queja ante el proveedor

Presente una queja ante la Junta Médica de California en www.mbc.ca.gov/consumers/complaints, 1-800-633-2322 o 2005 Evergreen Street # 1200, Sacramento, CA 95815.

Agencia de acreditación

Presente una queja ante The Joint Commission, One Renaissance Blvd., Oakbrook Terrace, IL, 1-800-994-6610.

Centro para servicios Medicare Medicaid

Beneficiario de Medicare, presente una queja ante QIO, Livanta, 9090 Junction Drive, Suite 10, Annapolis Junction, MD 20701, 1-877-5888-1123 o TDD 1-855-887-6668.

Referencia:

Apéndice W del Manual de operaciones del estado: protocolo de encuesta, reglamentos y lineamientos de interpretación para Hospitales de Acceso Crítico (CAH) y *Swing beds* en los CAH, Rev: 200, 21-02-20; C - 1608 §485.645(d) Servicios de Centros de Enfermería Especializada (SNF).

El CAH cumple sustancialmente con los siguientes requisitos de SNF contenidos en la subparte B de la parte 483 de este capítulo: §485.645 (d)(1) Derechos de los residentes (§483.10(b)(7), (c)(1), (c)(2)(iii), (c)(6), (d), (e)(2) y (4), (f)(4)(ii) y (iii), (g)(8) y (17), (g)(18) y el texto introductorio, (h) de este capítulo.

Responsabilidad del paciente en cuidado poshospitalario (*SWING bed*)

1. Proporcionar, a su leal saber y entender, información precisa y completa sobre sus problemas de salud actuales, enfermedades y hospitalizaciones pasadas, medicamentos, movilidad y otros aspectos relacionados con su salud.
2. Informar cambios inesperados en su afección al equipo de atención médica.
3. Participar en el plan de atención y cooperar con el médico y otros cuidadores.
4. Ser responsable de las consecuencias del tratamiento si este es rechazado o si no se siguen las instrucciones del médico. El rechazo de las terapias de tratamiento podría resultar en el alta de *Swing Bed*.
5. Dar a conocer si no comprende la capacitación, las instrucciones o las comunicaciones.
6. Ser considerado con los derechos de otros pacientes y del personal de las instalaciones, ayudando en el control del ruido y observando la Política de campus libre de humo/tabaco de Mee Memorial Healthcare System.
7. Ser respetuoso con la propiedad de otras personas y con las instalaciones.
8. Informar al hospital y al médico de las directivas anticipadas formuladas o de un poder duradero para la atención médica, y entregar copia de estas.
9. Asegurar que las obligaciones financieras por la atención brindada se cumplan lo antes posible.
10. Cooperar y otorgar su permiso para recibir exámenes, pruebas, cuidados de enfermería y tratamiento una vez que se hayan comprendido el propósito, los riesgos y los beneficios.
11. Notificar a los cuidadores de cualquier insatisfacción con respecto a su atención.

Paciente: _____
Firma Fecha:

Representante del paciente:

Nombre en letra imprenta:

Relación con el paciente:

Firma: _____

Fecha: _____

Miembro del personal: _____
Firma Fecha: