

SU GUÍA SOBRE DERECHOS, RESPONSABILIDADES Y SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DIRECTRICES ANTICIPADAS.

Le agradecemos que haya elegido a Goshen Health para satisfacer sus necesidades de atención de la salud. Al ser nuestro paciente, usted es nuestra prioridad máxima. Nos comprometemos a proporcionar atención de calidad con compasión y respeto por su dignidad. Le solicitamos que asuma algunas responsabilidades. Consideramos que las siguientes declaraciones de derechos y responsabilidades del paciente son pautas que usted y nosotros debemos seguir para respetar su dignidad, garantizar su seguridad y lograr la excelencia en su atención. Juntos, tomemos conciencia, estemos seguros y preparados, y seamos responsables.



CONOZCA SU DECLARACIÓN DE DERECHOS

Tener acceso, con compasión y respeto

Tiene derecho a lo siguiente:

Recibir atención, tratamientos y servicios adecuados en las instalaciones del hospital, libres de todo abuso, negligencia u hostigamiento, sin distinción de raza, color, religión, nacionalidad, género, orientación sexual, identidad o expresión de género, incapacidad, edad o capacidad de pago o forma de pago.

Contar con interpretación a un idioma extranjero o al lenguaje de señas para que pueda obtener atención adecuada y la información que necesita para participar en su atención.

Que un familiar u otro representante y su médico de cabecera sea notificado sin demora cuando usted es internado en el hospital, y a mantener contacto con amigos y familiares fuera del hospital (visitas, llamadas y cartas).

Participar en la planificación de su atención después de que se retira del hospital.

Recibir visitas (con su consentimiento previo) de las personas que indique, tales como: cónyuge, pareja (aunque sea del mismo sexo), familiar o amigo. Puede revocar el consentimiento de recibir visitas en cualquier momento. Le informaremos en caso de que haya restricciones o limitaciones médicas que le impidan recibir visitas.

Que el personal responda de forma adecuada a sus necesidades espirituales y a sus anhelos humanos y, si lo decide, a obtener ayuda para establecer contacto con su propia comunidad de fe o para obtener apoyo de cuidadores espirituales en el hospital.

Conversar y actuar en formas que le sean tradicionales desde el punto de vista cultural y religioso, siempre que no dañe a otras personas ni se dañe a usted mismo con sus propias palabras o acciones.

Obtener información acerca de su tratamiento y de su equipo de atención de la salud

Tiene derecho a lo siguiente:

Saber los nombres y el nivel profesional de los médicos, los enfermeros y el personal responsables de brindarle atención, tratamientos y servicios.

Saber quién es responsable de autorizar y de llevar a cabo los procedimientos y el tratamiento.

Conocer toda relación empresarial o profesional que el hospital o cualquier médico tenga que pueda influir en su tratamiento o en su atención.

Obtener una explicación íntegra sobre la necesidad de trasladarlo a otro centro que lo admita y sobre las alternativas para dicho traslado, en caso de que sea necesario.

Obtener copias de cualquier información que forme parte de su expediente médico.

Obtener una copia de su declaración y una explicación sobre esta, sin importar la forma de pago, y a que se le informe acerca de los métodos de pago disponibles y del costo de atención, si lo solicita.

La toma de decisiones acerca de su atención

Tiene derecho a lo siguiente:

Tomar decisiones respecto de su propia atención de la salud, a participar en el desarrollo y en la implementación de su plan de tratamiento y a que se le capacite en forma adecuada para hacerlo.

Solicitar una consulta o una segunda opinión de otro médico o especialista.

Negarse a recibir tratamiento y derecho a que se le informen las consecuencias médicas de dicha decisión. Si su denegación de tratamiento significa que no podemos tratarlo de acuerdo con nuestro estándar de compromiso con el servicio y la misión, intentaremos ayudarle a llegar a otro establecimiento que pueda cumplir sus deseos.

Cambiar de médico u hospital.

Obtener un consentimiento informado donde se expliquen sus opciones de forma clara y se brinde la oportunidad de elegir entre estas, después de que se le haya informado en detalle sobre los riesgos, los beneficios, los posibles resultados y las alternativas disponibles antes de cualquier tratamiento, procedimiento, investigación o estudio experimental.

Participar en la resolución de dilemas acerca de decisiones sobre su atención, en caso de que se presenten.

Designar a una persona que tome decisiones en caso de que no pueda comprender o comunicar el tipo de atención médica que desea recibir.

Obtener información acerca de directivas anticipadas (según se describe en otra parte de este folleto) y a que su médico y el personal del hospital cumplan con esas directivas, si ya las ha redactado.

Obtener una copia de cualquier política o pauta del hospital respecto al soporte de vida, la atención de enfermos terminales, la donación de órganos y tejidos o de un aspecto relacionado con la atención para ayudarle a ejercer su propio derecho a elegir entre las opciones de atención y de tratamiento.

Consultar a consejeros informados e imparciales, distintos de su médico y de aquellos que participan en su atención en forma directa, si surge una inquietud o un problema ético.

Que se le informe acerca de cualquier resultado inesperado del tratamiento o del procedimiento.

Las prácticas de alivio y seguridad

Tiene derecho a lo siguiente:

Contar con la evaluación y el control indicado de su dolor.

Saber cuáles prácticas hospitalarias les son correspondientes como paciente, presentar una queja cuando no se hayan resuelto sus inquietudes y a comunicarse con la administración del hospital para solucionar problemas relacionados con su atención.

Estar seguro en un ambiente protegido y mediante prácticas que lo resguarden de los daños.

Tener acceso a servicios de protección para niños y adultos, y a servicios en defensa del paciente.

Estar libre de restricciones físicas, aislamiento o fármacos (utilizados como restricción), a menos que su afección médica justifique dicho uso o que se haya considerado que otras intervenciones menos restrictivas no son efectivas.

La privacidad y la confidencialidad

Tiene derecho a lo siguiente:

Que se mantenga la confidencialidad absoluta de todas sus comunicaciones y registros respecto de su atención, según se detalla en el folleto "Aviso de prácticas de privacidad" que se le entrega cuando es admitido.

Que se le entreviste, examine y brinde atención en un entorno que proporcione la máxima privacidad y seguridad posibles. Esto incluye el derecho a contar con la presencia de una persona de su mismo sexo durante determinadas partes de su examen físico, tratamiento o procedimiento realizados por un profesional de la salud del sexo opuesto.

Prever que cualquier análisis o consulta que afecte su atención se realice en forma discreta y que solo las personas que participan en su atención estén presentes cuando se analice su afección y su información médicas.

La seguridad

Esté alerta; preste atención a la atención de la salud que esté recibiendo. Observe si los cuidadores se lavan las manos y, en caso contrario, recuérdelos que lo hagan. Asegúrese de que el enfermero o el médico verifique su identidad antes de brindarle tratamientos o medicamentos.

Capacítese usted mismo. Obtenga información sobre el diagnóstico y sobre las pruebas y los tratamientos que esté recibiendo. Pregúntele a su médico o a su enfermero si existe información por escrito que pueda conservar. Lea todos los formularios médicos y asegúrese de comprenderlos antes de firmarlos.

Hable sin temor. No tenga miedo de hacer preguntas si no comprende o si le parece que algo no está bien. ¡Se trata de su cuerpo!

Pida a un familiar o a un amigo que le ayude. A veces, es útil que otra persona le cuide si está muy enfermo o estresado.

Averigüe qué medicamentos está recibiendo. Conozca para qué se utiliza el medicamento, qué aspecto tiene y cuándo se prevé que lo reciba.

Pregúntele al enfermero si no reconoce el medicamento o si cree que se omitió alguna dosis.

Esté listo a participar en todas las decisiones sobre su tratamiento.

Esté preparado para formular sus directrices por anticipado

Tiene el derecho de participar en la toma de decisiones acerca de su propia atención de la salud. Sin embargo, puede haber ocasiones en las que no pueda tomar estas decisiones porque se encuentra muy enfermo

o ha perdido el conocimiento. En dichas ocasiones, otra persona deberá tomar decisiones médicas por usted.

Es su derecho elegir a otra persona de confianza, al estar en su pleno juicio, para hablar en su nombre en cualquier momento posterior en el que no pueda hacerlo por sí mismo. También es su derecho y su responsabilidad dar a conocer sus preferencias respecto de su atención médica de modo que cualquier persona que hable en su nombre pueda tomar fielmente las decisiones que usted tomaría si pudiese.

Para comunicar sus deseos antes de tal acontecimiento, puede:

- Tener una conversación íntima acerca de sus preferencias con sus familiares, a quienes se podrá acudir para que tomen decisiones por usted.
- Informarle personalmente a su médico cuáles son sus preferencias.
- Firmar directivas anticipadas. A continuación, se describen sus opciones a este respecto.
- Entregar las directivas anticipadas a las personas cercanas a usted o a su médico.
- Presentar sus directivas anticipadas al Departamento de Admisiones (Admitting Department) del hospital para que las archiven.

Si presenta copias de sus directivas anticipadas al Departamento de Admisiones, estas formarán parte de su registro médico. Puede anular o revisar sus directivas anticipadas en cualquier momento, pero debe hacerlo por escrito, y debe distribuir copias de la anulación o de la revisión a aquellas personas que recibieron copias de las directivas anticipadas originales.

La consideración de sus opciones

Puede utilizar varios tipos diferentes de directivas anticipadas para comunicar sus deseos a las personas responsables de su atención. El propósito del formulario de Apoderado de atención médica es nombrar una persona para que tome decisiones médicas por usted. Si usted utiliza un formulario del hospital, también puede nombrar a un sustituto o sucesor para que actúe por usted en caso de que la primera persona nombrada no pueda hacerlo o no se encuentre disponible en el momento en que se le necesite.

Una **orden de no reanimación fuera del ámbito del hospital (DNR, por sus siglas en inglés)** es un acuerdo entre usted y su médico que se realiza cuando tiene una afección médica que, si se debiese administrar reanimación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés), sería posible que esta no tenga demasiado éxito o beneficio y que, en efecto, pueda provocarle daños o estrés excesivo. Estas directivas anticipadas le permiten tener una muerte natural y sin dolor, incluso si se llama al personal de emergencias para que concurra a su hogar. Solo usted mismo

puede anular dicha orden, y puede hacerlo en forma verbal.

Nuestro hospital cuenta con formularios actualizados de diversos tipos de directivas anticipadas. Puede obtener copias para su uso preguntando a su enfermero o a uno de los colegas del Departamento de Admisiones. Si lo desea, se puede hacer una cita para que un integrante del personal del hospital le ayude a completar y a distribuir sus directivas anticipadas. Es posible que estos formularios actualizados no expresen, en forma precisa, sus deseos. Se recomienda que consulte a un abogado para adaptar sus directivas anticipadas a fin de que expresen sus deseos de forma precisa.

Su responsabilidad como paciente

Mientras recibe atención, tratamiento y servicios, usted y las personas que lo visitan tienen las siguientes responsabilidades:

- Ser considerados respecto de las necesidades de otros pacientes, del personal y del hospital; respetar la privacidad y los bienes de otras personas y cumplir con las normas del hospital.
- Proporcionar información exacta y completa al equipo médico respecto de su salud pasada y presente.
- Colaborar con su médico y con el equipo médico para desarrollar planes de tratamiento y del control del dolor.
- Evaluar y considerar sus opciones de estilo de vida que afecten su salud y su bienestar.
- Hacer preguntas cuando no comprenda información, indicaciones o lo que se espera de usted.
- Informarle a su médico si cree que no puede continuar con su tratamiento o asistir a su cita. Si se niega a recibir tratamiento o no sigue las indicaciones del médico, es responsable de las consecuencias de sus acciones.
- Avisar a su equipo de atención de la salud si tiene una directiva anticipada y proporcionar una copia, si se encuentra disponible.
- Proporcionar información del pagador y asegurarse de que las obligaciones financieras para su atención se cumplan en forma oportuna. Hay un asesor financiero del hospital a su disposición para ayudarlo a evaluar sus opciones.

LA MISIÓN DE GOSHEN HEALTH

La misión de Goshen Health es mejorar la salud de nuestras comunidades proporcionando atención y servicios innovadores y destacados mediante el trabajo excepcional de personas excepcionales.

Si tiene preguntas, inquietudes o cumplidos, o desea ayuda adicional, comuníquese con:

REPRESENTANTE DEL PACIENTE:
(574) 364-2872 (de lunes a viernes)

SUPERVISOR DE PLANTA:
(574) 364-2670 (noches y fines de semana)

ASESOR FINANCIERO:
(574) 364-2607

EXPERTO EN SATISFACCIÓN DEL CLIENTE:
(574) 364-2353 (de lunes a viernes)

Puede comunicarse por escrito con cualquier departamento del hospital, a la dirección al pie de página.

También puede manifestar cualquier inquietud comunicándose con el Departamento de Salud del Estado de Indiana por teléfono o por correo electrónico.

TELÉFONO: (317) 233-1325 Ó (800) 246-8909

CORREO ELECTRÓNICO: complaints@health.in.gov

CORREO POSTAL: Indiana State Department of Health
Health Care Facility Complaint Program
2 N. Meridian St., 4B – Indianapolis, IN 46204

Si tiene alguna pregunta o queja respecto de la privacidad de sus registros médicos, comuníquese con:

TELÉFONO: (574) 364-2898

CORREO ELECTRÓNICO: privacyofficer@goshenhealth.com

CORREO POSTAL: Chris Hutfless, Privacy Officer – Goshen Health
200 High Park Ave. – Goshen, IN 46526

Goshen Hospital está autorizado por la Comisión Conjunta (The Joint Commission). Si desea expresar una inquietud, puede comunicarse con la Comisión Conjunta por medio del formulario en línea, correo postal o teléfono. Puede presentar su nombre y su información de contacto, o puede presentar su inquietud en forma anónima.

ENLACE DE LA PÁGINA WEB: <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/report-a-patient-safety-concern-or-complaint/>

TELÉFONO: (630) 792-5800 para consultas generales.

CORREO POSTAL: Office of Quality and Patient Safety – The Joint Commission
One Renaissance Blvd. – Oakbrook Terrace, IL 60181

No se realizarán acciones en contra de los pacientes, de las familias, ni de los colegas por haber informado inquietudes de seguridad y/o de calidad legítimas a Goshen Hospital, al Departamento de Salud del Estado de Indiana y/o a la Comisión Conjunta.

Goshen Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, religión, orientación sexual o identidad o expresión de género.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1 (574) 364-1000 (TTY: 711 o llame al 1 (800) 743-3333 para comunicarse con Relay Indiana).



Goshen Health

Goshen Hospital
200 High Park Avenue
Goshen, IN 46526
(574) 533-2141

GoshenHealth.com