



R.O.A.D.S.
COMMUNITY CARE CLINIC

Derechos del Paciente y Responsabilidades

ROADS COMMUNITY CARE CLINIC es feliz de tenerlo como nuestro paciente. Estamos comprometidos a tratar con consideración y respeto, en honor a sus derechos legales, y trabajar para satisfacer sus necesidades de atención médica. Con el fin de hacer de esto una experiencia mutuamente beneficiosa y positiva y para ayudar a nuestro personal especializado y el cuidado para el tratamiento de usted, ofrecemos una lista de sus derechos y responsabilidades como paciente en ROADS COMMUNITY CARE CLINIC.

Usted tiene el Derecho a:

- Participar en su tratamiento de cuidado de la salud.
- Conocer los nombres de las personas que cuidan de usted.
- Ser tratado con respeto y dignidad en un entorno seguro y privado.
- Estar informado sobre su enfermedad y tratamiento, incluyendo las opciones para su cuidado.
- Solicitar un cambio de proveedores de servicios médicos.
- Obtener una segunda opinión sobre su enfermedad o tratamiento.
- Privacidad de sus registros de salud.
- Tener un creencias culturales, sociales, espirituales y personales respetados.
- Saber acerca de los requisitos legales de información.
- Un intérprete, si usted tiene alguna dificultad para oír, hablar o entender Inglés.
- Solicitar acomodación especial y razonable si usted tiene una discapacidad.
- Pedir ayuda con un poder duradero voluntad de estar o de representación para la atención médica.
- Rechazar el tratamiento, la atención y los servicios según lo permitido por la ley.
- Conocer el costo de su atención y formas en las que puede pagar su cuidado.
- Hablar en persona con un gerente de ROADS COMMUNITY CARE CLINIC cuidado si usted tiene una queja.
- Es la norma de ROADS COMMUNITY CARE CLINIC para dar a sus pacientes la oportunidad de obtener una solución a cualquier problema en un formato estructurado que proporciona un proceso justo y equitativo. Traer preocupaciones por escrito al Patient Grievance Committee, 121 S. Long Beach Blvd., Compton, CA 90221.

ROADS COMMUNITY CARE CLINIC está de Acuerdo con:

- Proporcionar servicios de salud a cualquier persona en necesidad sin importar su capacidad de pago.
- Ofrecer un descuento de honorarios para los pacientes sin seguro o con poca cobertura que ganan menos de 200% del nivel federal de pobreza y para los que no tienen hogar.
- Informarle sobre los servicios que ofrecemos.
- Proporcionar atención oportuna, dentro de nuestras limitaciones de recursos.
- Proporcionar un diagnóstico claro y las opciones de tratamiento cuando podemos, y ser franco con usted cuando no sabe o no están seguro.
- Proporcionar límites claros con respecto a la atención que le proporcionaremos a usted y tratamientos que no aconsejan o no va a hacer.
- Que valorar como paciente y como persona.

Usted tiene la Responsabilidad de:

- Participar en su tratamiento de cuidado de la salud.
- Darnos información para que los registros son exactos y completos.
- Nos ayudan a obtener una copia de sus registros de salud de sus proveedores anteriores, si es necesario.
- Informe a su proveedor de salud acerca de su enfermedad o problemas.
- Haga preguntas acerca de su enfermedad o cuidado.
- Llegar a las citas antes de la hora programada.
- Cancelar o reprogramar citas para que otra persona puede tener ese intervalo de tiempo.
- Utilizar medicamentos o dispositivos médicos según lo prescrito y por sí mismo solamente.
- Informar al proveedor médico si empeoran o si tiene una reacción inesperada a un medicamento.
- Llamar por lo menos dos días laborables antes para volver a llenar su receta.
- Hablar y comportarse con respeto a todo el personal, pacientes y visitantes.
- Respetar la privacidad de otros pacientes.
- Pagar sus cuentas a tiempo, o si usted está teniendo dificultades, organizar un plan de pago.



R.O.A.D.S.
COMMUNITY CARE CLINIC

Acknowledgment of Receipt of Patient's Bill of Rights

Acuse de Recibo de la Declaración de Derechos del Paciente

I have been presented with a copy of the Patient's Bill of Rights for the ROADS Community Care Clinic, detailing my rights and responsibilities.

He sido presentado con una copia de la carta de derechos de la paciente de la ROADS Community Care Clinic, detallando mis derechos y responsabilidades.

Signed/Firmado: _____ **Date/Fecha:** _____

If not signed by patient, please indicate relationship to patient (e.g., mother) and patient's name.

Si no está firmado por el paciente, indicar relación con el paciente (por ejemplo, la madre) y nombre del paciente.

Patient/Paciente: _____

Relationship/Relación: _____