



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Actualizado: marzo de 2023

En Columbus Speech & Hearing (CSH), estamos comprometidos a crear una cultura de seguridad en la cual cada cliente y paciente confiado a nuestro cuidado sea tratado con dignidad, respeto y compasión. De la misma manera, Columbus Speech & Hearing espera un comportamiento apropiado, respetuoso y responsable de los clientes, pacientes y sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre estos derechos y responsabilidades, comuníquese con el Director de Servicios Clínicos al (614) 263-5151, Opción 1. Si desea una copia de cualquier política del paciente, comuníquese con un miembro de nuestro equipo de recepción.

Apoyamos su derecho a:

- **Acceder a registros médicos**—Tiene derecho a ver, solicitar una revisión y solicitar cambios en sus registros médicos según lo permitan las leyes y los reglamentos. Por favor llame:
 - (614) 263-5151, Opción 1 (Habla)
 - (614) 263-5151, Opción 2 (Audiología)

Confidencialidad: Tiene derecho a la confidencialidad de sus registros médicos y de cualquier discusión y decisión sobre su atención.

Continuidad de la atención e información sobre el alta: Usted tiene el derecho a recibir información sobre el alta por escrito de su SLP o audiólogo.

Divulgación: Usted y su tutor o otra persona legalmente autorizada tienen derecho a recibir comunicación abierta, honesta, rápida y fácil de entender de su médico sobre su afección y tratamiento, incluido cualquier resultado inesperado relacionado con eventos médicos graves de acuerdo con HIPAA leyes de privacidad y las políticas de información y divulgación y disculpas hacia el paciente. Para obtener más información sobre HIPAA, visite [hhs.gov/hipaa/index.html](https://www.hhs.gov/hipaa/index.html).

Comunicación efectiva: Usted, su familia y sus visitantes tienen derecho a tener comunicación efectiva por parte de su médico.

Información: Tiene derecho a recibir información sobre los resultados de su tratamiento y servicios de su equipo de atención médica de una manera que sea apropiada para su edad, idioma y capacidad de comprensión para que pueda participar en las decisiones de atención médica actuales y futuras.

Información sobre los cargos por el tratamiento: Usted tiene derecho a participar en sus decisiones de tratamiento y a recibir información sobre el costo del tratamiento.

Servicio de interpretación y traducción: Tiene derecho a recibir y solicitar información médica en su idioma preferido. Esto incluye servicios de interpretación y adaptaciones visuales y auditivas.

Conozca la identidad de su médico: Tiene derecho a saber el nombre y la función de quienes le brinden tratamiento.

Participe en las decisiones sobre su cuidado: Usted y su familia tienen derecho a participar en las decisiones sobre su tratamiento y los servicios prestados, incluyendo el proceso de consentimiento informado.

Privacidad: Tiene derecho a la privacidad personal durante su cita.

Privacidad de las fotografías: Tiene derecho a esperar que las fotografías, grabaciones u otras imágenes tomadas por el personal que contengan identificadores de pacientes o descripción facial se traten como información de salud protegida y no se revelen a nadie sin su consentimiento, excepto cuando lo requiera ley o un contrato de tercer renumenador.

Servicios de protección: Tiene derecho a un ambiente seguro y protegido, incluyendo asistencia para acceder a servicios de protección y defensa, según sea necesario.

Divulgación de registros médicos: Tiene derecho a esperar que sus registros médicos no se revelen a nadie sin su consentimiento, excepto cuando lo exija la ley, cuando lo exija un contrato de tercer remunerador o para la continuidad de la atención con su proveedor de atención primaria.

Informar preocupaciones relacionadas con la atención y la seguridad: Tiene derecho a expresar preocupaciones y recibir asistencia para presentar quejas a Columbus Speech & Hearing sin ser presionado ni sujeto a discriminación, represalias o interrupción irrazonable de la atención.

Respeto por los valores culturales y personales: Tiene derecho a esperar que se comprendan sus valores, creencias y preferencias culturales, incluido el respeto por las prácticas/servicios religiosos, espirituales y culturales, según lo permita la ley.

Atención respetuosa: Tiene derecho a ser libre y protegido contra abuso, negligencia, uso inapropiado de restricción y reclusión, humillación, explotación financiera o de otro tipo y represalias.

Ambiente seguro y limpio: Tiene derecho a esperar que lo atiendan en un ambiente seguro y limpio. Tiene derecho a informar inquietudes sobre su cuidado y seguridad.

TUS RESPONSABILIDADES:

Usted y sus visitantes deben ser considerados con todos los miembros del equipo de habla y audición de Columbus, y con otros clientes, pacientes y visitantes. Sea reflexivo sobre su lenguaje, comportamiento y conducta. No se tolerará el comportamiento abusivo o irrespetuoso, como amenazas, violencia, comunicación irrespetuosa o acoso a otros clientes, pacientes o cualquier miembro del personal de CSH. El comportamiento que amenaza la cultura de seguridad y respeto puede resultar en la expulsión del centro, el despido de los proveedores y una remisión a las autoridades.

Comprenda que Columbus Speech & Hearing es una compañía que ofrece igualdad de oportunidades y respeta y apoya la edad, ascendencia, color, discapacidad, identidad o expresión de género, información genética, estado de VIH/SIDA, estado militar, origen nacional, raza, religión, sexo, género, orientación sexual, embarazo, condición de veterano y capacidad de pago. El personal y su ambiente de trabajo estarán libres de toda forma de discriminación y acoso. Reservamos el derecho de asignar un empleado competente con habilidades que se ajusten a las necesidades clínicas del paciente. Para la atención que está en proceso (por ejemplo, durante una cita/sesión), las solicitudes de cambios de médico en función de la raza, etnia, religión, orientación sexual o identidad de género de ese proveedor no se aceptarán, a menos que se den circunstancias atenuantes que no se basen en prejuicios. En situaciones en las que la solicitud del paciente de un proveedor diferente no se acomode debido a prejuicios, el personal de CSH ayudará al cliente/paciente a localizar tratamiento en otras instalaciones.

Sea respetuoso con la propiedad de las instalaciones y la propiedad de los demás.

Tenga en cuenta los niveles de ruido y la privacidad.

Por respeto a los demás, a los clientes, pacientes y visitantes no se les permite grabar videos/audio ni tomar fotografías de otros clientes, pacientes o personal de CSH sin su permiso.

Asegúrate que des información completa sobre su salud y cualquier cambio en su condición a su médico.

Siga su plan de tratamiento e informe a su médico si tiene alguna duda para que se puedan realizar cambios si es necesario. Si decide no seguir sus instrucciones de atención, usted será responsable del resultado.

Se le sugiere a usted y a su familia a hacer preguntas si no comprenden la información sobre su tratamiento o qué hacer para su tratamiento. También se le sugiere a usted y a su familia a hacer preguntas sobre los procedimientos de seguridad del paciente (por ejemplo, "¿Se ha lavado las manos?").

Columbus Speech & Hearing es un entorno libre de tabaco. Fumar o el uso de otros productos de tabaco es prohibido en cualquier lugar de las propiedades de CSH.

Columbus Speech & Hearing apoya y mantiene un ambiente libre de drogas para la salud y seguridad del equipo de atención médica, los pacientes y los visitantes. El uso de drogas ilegales o ilícitas, incluida la marihuana (incluso si se obtiene o usa con fines médicos), está prohibido en las instalaciones de CSH. No se proporcionarán servicios de habla y audiolología a clientes/pacientes que estén bajo la influencia de drogas o alcohol.

Los copagos y pagos vencen al momento del servicio. Las deudas pendientes deberán pagarse oportunamente. El asesoramiento financiero puede estar disponible previa solicitud.

He recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente de Columbus Speech & Hearing.

Nombre impreso del cliente/paciente: _____ Fecha: _____

Firma del cliente/paciente/padre/tutor: _____