

## Declaración de Derechos del Paciente

Mientras se encuentre en nuestro centro, usted tiene derecho:

A ser informado(a) de sus derechos, por escrito o verbalmente, en términos que se puedan entender;

A ser informado(a) de cualesquiera reglas o reglamentos que rijan la conducta de usted, nuestro(a) paciente, mientras se encuentre en nuestro centro;

A ser informado(a) de servicios que se encuentran disponibles en nuestro centro, los nombres y las categorías profesionales del personal que presta y/o es responsable de cuidar de usted y los honorarios y cargos conexos, incluida la política de pagos, cargos, depósitos y reembolsos de nuestro centro;

A ser informado(a) si el centro autoriza a otras instituciones de atención de la salud y educacionales para que participen en su tratamiento, conocer la identidad y función de esas instituciones y negarse a permitir que otros participen en el cuidado de usted;

A recibir de su médico, en términos que se puedan entender, una explicación de su diagnóstico. En caso de que usted no sea capaz de entender su diagnóstico, se le suministrará una explicación a su pariente más cercano o tutor;

A participar en la planificación de su cuidado y tratamiento y rehusar medicamentos y tratamiento. En caso de que usted rehúse tratamiento, documentaremos esa negativa en su ficha médica;

A ser incluido(a) en investigación experimental sólo cuando usted dé su consentimiento informado y por escrito a tal participación y negarse a participar en investigación experimental, incluida la investigación de nuevos fármacos y dispositivos médicos;

A expresar quejas o recomendar cambios en la política y los servicios al personal de nuestro centro, a la autoridad que rige y/o a un representante externo de su preferencia, sea individual o colectivamente, libre de restricciones, interferencia, coacción, discriminación o represalia;

A ser libre de abuso mental y físico, libre de explotación y libre del uso de dispositivos restrictivos, a menos que los mismos sean autorizados por un período de tiempo limitado, a fin de proteger al paciente o a otros de lesiones. No se utilizarán fármacos ni otros medicamentos para la disciplina de los pacientes o para la conveniencia del personal del centro;

Al tratamiento confidencial de información acerca de usted. No se divulgará a nadie fuera del centro información en su ficha médica sin la aprobación de usted, a menos que otro centro de atención de la salud al cual usted es trasladado(a) requiera la información, o a menos que la divulgación de la información sea requerida y permitida por la ley, un contrato de pago con un tercero o la revisión por pares, o a menos que la información la necesite el Departamento de Salud del Estado de Nueva Jersey, para fines autorizados por la ley. Podremos divulgar datos acerca de usted para estudios que contengan estadísticas globales únicamente si se oculta su identidad;

A ser tratado con cortesía, consideración, respeto y reconocimiento de su dignidad, individualidad y derecho a la privacidad, incluida, sin limitación, la privacidad auditiva y visual. Se respetará también su privacidad cuando el personal del centro hable acerca del paciente;

A que no se le exija que haga trabajo para el centro a menos que el trabajo sea parte de su tratamiento y usted lo realice voluntariamente. Tal trabajo deberá ser de conformidad con la ley y las reglas locales, estatales y federales;

A ejercer libertades civiles y religiosas, incluido el derecho a tomar decisiones personales independientes. No se le impondrá a usted ninguna creencia o práctica religiosa o la asistencia a servicios religiosos; y

A que no se discrimine en contra suya debido a su edad, raza, religión, sexo, nacionalidad o habilidad para pagar y que no se le prive de ningún derecho constitucional, civil y/o legal exclusivamente debido a que recibe servicios de nuestro centro.

He recibido una copia de estos derechos o los mismos se me han explicado verbalmente.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

(Si el padre o tutor firma para el paciente, por favor, indique su relación con el paciente al lado de la firma)

\_\_\_\_\_  
Fecha