



PATIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE

MRU01846 (02/17/15)

Page 1 of 2

At University Medical Center of Southern Nevada, we believe that patients who understand and participate in their treatment achieve better results. Please take a moment and familiarize yourself with your rights and responsibilities as a patient. All admitted patients will receive a Patient Bill of Rights, a Patient Handbook and a Notice of Privacy Practices.

En el University Medical Center of Southern Nevada, creemos que los pacientes que comprenden y participan en su tratamiento obtienen mejores resultados. Por favor, tómese un momento y familiarícese con sus derechos y deberes como paciente. Todos los pacientes ingresados/hospitalizados recibirán una copia de Los Derechos del Paciente, una Guía del Paciente y el Aviso de las Prácticas de Privacidad.

AS A PATIENT, YOU HAVE THE RIGHT TO / COMO PACIENTE, USTED TIENE EL DERECHO A:

- Quality, professional medical care as is indicated and appropriate for your health, without regard to race, color, religion, sex, age, national origin, disability status, sexual orientation or gender identity/expression in the rendering of services to patients.
Recibir atención médica profesional, apropiada y de calidad, sin tomar en cuenta su raza, color de piel, sexo, edad, país de origen, discapacidad, orientación sexual o identidad/expresión sexual en la prestación de servicios.
- Know the risks, benefits and alternatives to proposed treatments or procedures.
Saber y conocer los riesgos, beneficios y alternativas al tratamiento o procedimiento que se le propone.
- Obtain information concerning the professional qualifications or associations of those persons providing care or treatment and to receive the name of the person responsible for coordinating your care.
Obtener información concerniente a la calidad profesional o asociaciones de aquellas personas que proveen atención y cuidado médico o tratamiento, y a recibir el nombre de la persona responsable por la coordinación de su cuidado y atención.
- Receive information in easy to understand terms that will allow for an informed consent or refusal of the treatment or procedure.
Recibir información de una manera fácil de entender para que permita un consentimiento informado o bien un rechazo del tratamiento o procedimiento.
- Receive a notice of privacy practices and confidentiality.
Recibir el aviso de las prácticas de privacidad y confidencialidad.
- Make informed decisions regarding your plan of care (this right also extends to your legal representative, including domestic partners).
Tomar decisiones informadas sobre su plan de cuidado médico (este derecho también se extiende a su representante legal, incluyendo su cónyuge/pareja/unión libre).
- Formulate Advanced Directives and have staff and practitioners comply with those directives. Information regarding Advanced Directives can be obtained from the Patient Relations Office by calling 702-383-2376.
Redactar Instrucciones Anticipadas y que el equipo y el personal médico acate esas instrucciones. Información sobre las Instrucciones Anticipadas se puede obtener en la Oficina de los Representantes de los Pacientes, teléfono 702-383-2376.
- Reasonable responses to reasonable requests for service.
Recibir respuestas razonables a solicitudes razonables para obtener atención.
- Refuse treatment to the extent permitted by law and to be informed of the consequences of that refusal.
Rechazar el tratamiento en la medida que lo permita la ley y ser informado de las consecuencias de tal rechazo.
- Receive an explanation of the bill for services regardless of the source of payment.
Recibir una explicación de la cuenta por los servicios sin importar quien realiza el pago.
- Select providers of goods and services after discharge.
Elegir los proveedores de servicios e insumos una vez dado de alta.
- Access protected health information in a reasonable time frame, amend protected health information and request an accounting of disclosures of protected health information.
Acceder a información de salud protegida en un tiempo razonable, corregir dicha información y solicitar una lista de las divulgaciones que se han hecho de dicha información.
- Be free from any form of restraint or seclusion as a means of convenience, discipline, coercion or retaliation.
No ser sometido a ningún tipo de restricción o reclusión/aislamiento como medio de conveniencia (imposición), disciplina, extorsión o represalia.
- The use of the least restrictive restraint or seclusion as is necessary to ensure patient safety.
Que se usen las medidas mínimas de restricción o reclusión/aislamiento necesarias para asegurar la seguridad del paciente.
- Be treated with respect, dignity and concern.
Ser tratado con respeto, dignidad y preocupación.
- Receive care in a safe environment free from all forms of abuse, neglect, harassment and/or exploitation.
Recibir atención en un ambiente seguro, sin abuso, descuido/negligencia, hostigamiento/acoso y/o explotación.

Patient's Signature: _____
Firma del paciente

Time: _____
Hora

Date: _____
Fecha



**PATIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES
DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE**

MRU01846 (02/17/15)

Page 2 of 2

AS A PATIENT, YOU HAVE THE RESPONSIBILITY TO / COMO PACIENTE, USTED TIENE EL DEBER DE:

- Provide accurate and complete information concerning your present medical condition, past illnesses or hospitalization and matters concerning your health.
Proporcionar información exacta y completa en cuanto a su estado de salud actual, hospitalizaciones o enfermedades anteriores y asuntos relacionados con su salud.
- Tell your caregivers if you do not completely understand your plan of care.
Informar al personal que le atiende si no comprende del todo su plan de atención.
- Follow the caregiver's instructions.
Seguir las instrucciones del personal que le proporciona atención médica.
- Follow all medical center policies and procedures while being considerate of the rights of other patients, medical center employees and medical center properties.
Seguir todas las políticas y procedimientos del centro médico, siendo considerado con los derechos de otros pacientes y con los empleados y la propiedad del centro médico.
- Ensure the financial obligations for your health care are fulfilled as promptly as possible.
Garantizar que las obligaciones financieras para su atención de salud se cumplan lo más pronto posible.

AS A PATIENT, YOU ALSO HAVE THE RIGHT TO / COMO PACIENTE, USTED TAMBIÉN TIENE DERECHO A:

Lodge a grievance with the Consumer Health Assistance Bureau for Hospital Patients or The Joint Commission regardless of using the hospital's grievance process.

Presentar una queja formal ante la Asistencia Médica para el Consumidor, Oficina para Pacientes Hospitalizados o La Comisión Conjunta, independientemente del proceso para quejas formales del hospital.

State of Nevada, Office of the Governor

Consumer Health Assistance - Bureau for Hospital Patients
555 East Washington Avenue, Suite 4800
Las Vegas, Nevada 89101
Phone: (702) 486-3587 or (888) 333-1597
Fax: (702) 486-3586
Email: cha@govcha.state.nv.us

Oficina del Gobernador del Estado de Nevada

Asistencia Médica para el Consumidor – Oficina para Pacientes Hospitalizados
555 East Northern Avenue, Suite 4800
Las Vegas, Nevada 89101
Teléfono: (702) 486-3587 ó (888) 333-1597
Fax: (702) 486-3586
Correo electrónico: cha@govcha.state.nv.us

Office of Quality Monitoring

The Joint Commission
One Renaissance Boulevard
Oakbrook Terrace, IL 60181
Phone: (800) 994-6610
Fax: (630) 792-5636
E-mail: complaint@jointcommission.org

Oficina de Control de la Calidad

La Comisión Conjunta (The Joint Commission)
One Renaissance Boulevard
Oakbrook Terrace, IL 60181
Teléfono: (800) 994-6610
Fax: (630) 792-5636
Correo electrónico: complaint@jointcommission.org

Additionally, if you have any concerns about patient care or safety, please ask to speak with the unit manager or a Patient Relations Coordinator at 702-383-2376.

Además, si tiene alguna inquietud sobre la atención o seguridad del paciente, pida hablar con el jefe de la unidad o con el coordinador de los Representantes de los Pacientes al 702-383-2376.

Patient's Signature: _____ Time: _____ Date: _____
Firma del paciente Hora Fecha