

Reportar cualquier cambio inesperado en su condición o cualquier dificultad o inquietud que tenga lo más pronto posible.

Comprender su enfermedad y tratamiento; si no entiende, pida que se le de explicaciones adicionales.

Aceptar plena responsabilidad cuando rechace el tratamiento o no siga las instrucciones del médico.

Hacer que su proveedor de atención **conozca cualquier inquietud, queja o reclamo**, para que su proveedor médico inmediato o la administración del hospital puedan resolverlo oportunamente.

Mostrar respeto por otros pacientes siguiendo las normas del hospital para ayudar a controlar el ruido, fumar y las visitas.

Seguir las reglas y regulaciones del hospital que afectan la atención y conducta del paciente.

Ser considerado con la propiedad de otras personas y del hospital.

Tratar a su médico y al personal del hospital de la misma manera cortés que espera que su equipo de atención médica lo trate a usted.

Notificar al personal apropiado si existe una **barrera de lenguaje** o si requiere dispositivos de asistencia para asegurar que se le provean dichos servicios.

Proveer al hospital una copia de sus instrucciones anticipadas.

Asegurarse de cumplir con las obligaciones financieras de sus cuidados de salud lo antes posible.

Si tiene dudas con respecto a la seguridad y la calidad de la atención, hable con su enfermera o médico o solicite un formulario de comentarios del paciente. También puede pedir hablar con el gerente del departamento o la persona designada.

Si encuentra que **cualquier inquietud o queja no se resuelve**, puede comunicarse con la Oficina de Relaciones del Paciente del Hospital Bozeman Health Deaconess y/o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos del estado y presentar su queja o reclamo. Se le mantendrá informado sobre los pasos de la investigación de su caso, los resultados y la fecha que finalice la misma.

Bozeman Health Patient Relations
915 Highland Boulevard
Bozeman, MT 59715
406-414-5168
Relaciones con el Paciente

Bozeman Health Quality Department
915 Highland Boulevard
Bozeman, MT 59715
406-414-5000

Bozeman Health Compliance Officer
915 Highland Boulevard
Bozeman, MT 59715
406-414-5584

KEPRO-Montana Medicare Quality Improvement Organization
Rock Run Center, Suite 100
5700 Lombardo Center Drive
Seven Hills, OH 44131
Attention: Beneficiary Complaints
Beneficiary Helpline: 844-430-9504
Fax: 844-878-7921
Email: beneficiary.complaints@hcquis.org

Servicios de Interpretación
ATENCIÓN: Si habla español o alemán, disponemos de servicios de asistencia lingüística gratuitos para usted. Llame al 1-406-414-5000 (TTY: 711).

Español
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-406-414-5000 (TTY: 711).

Department of Public Health and Human Services Quality Assurance Division
2401 Colonial Drive 2nd Floor
P.O. Box 202953
Helena, MT 59602-2953
406-444-2099
Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos

DNV
400 Techne Center Dr., Suite 100
Milford, OH 45150
Attention: Complaints
866-496-9647
e-mail: dnvglhealthcare.com

Deutsch
ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-406-414-5000 (TTY: 711).

Si necesita acceso a un teléfono de texto (TTY), marque 711 para conectarse automáticamente a un operador de TTY.

Esta declaración cumple con las disposiciones de las leyes de derechos civiles tanto federales como estatales.

Nuestra misión es la de mejorar la salud comunitaria y la calidad de vida.



915 Highland Boulevard | Bozeman, MT 59715
Tel: 406 414-5000 | bozemanhealth.org

DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE



Una Guía a Sus Derechos

***Como paciente del Hospital Bozeman Health Deaconess, usted tiene derechos importantes que le garantizan la mejor calidad de atención médica. Todos sus derechos también son aplicables a cualquier persona que tenga la responsabilidad legal de tomar decisiones sobre su atención médica. Todos los empleados se comprometen a cuidarlo de acuerdo con estos estándares.*

Como beneficiario de asistencia financiera federal, el Hospital Bozeman Health Deaconess cumple con las leyes federales y estatales de derechos civiles y no discrimina, excluye, ni trata en forma distinta a las personas por su raza, religión, color, nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo, al momento de ser admitido, al participar o al recibir los servicios y beneficios bajo cualquiera de sus programas y actividades, ya sea directamente por el Hospital Bozeman Health Deaconess o a través de cualquier otra entidad que provea los programas y actividades del Hospital Bozeman



USTED TIENE DERECHO A:

A recibir un cuidado considerado y respetuoso, a sentirse cómodo y a [que se respeten sus valores, preferencias y creencias culturales](#), psicosociales, espirituales y personales.

Hacer que un familiar (u otro representante de su elección) al igual que su propio médico [sean notificados de su ingreso al hospital](#) oportunamente.

A [conocer los nombres](#) de los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud involucrados en su cuidado y el papel que desempeñan en el mismo.

A recibir información sobre su estado de salud, diagnóstico, pronóstico y curso de tratamiento en términos que pueda comprender. Usted tiene derecho a participar en el desarrollo y la implementación de su plan de atención. Usted tiene derecho [a participar en las preguntas éticas](#) que surjan en el curso de su atención, incluyendo asuntos que tengan que ver con la resolución de conflictos, a abstenerse de recibir servicios de reanimación y a renunciar o a que se le suspenda tratamiento para mantenerlo con vida.

A [tomar decisiones](#) con respecto a su atención médica y a recibir toda la información que necesite sobre cualquier tratamiento o procedimiento que se proponga para que pueda dar [su autorización informada](#). Salvo en caso de una emergencia, esta información deberá incluir una descripción del procedimiento o tratamiento, los riesgos médicos significativos involucrados, las opciones alternativas que existen para el tratamiento y sobre las consecuencias de la falta de dicho tratamiento y los riesgos y beneficios de todas las opciones, y el nombre del proveedor que llevará a cabo el procedimiento o tratamiento. Puede solicitar o rechazar el tratamiento, en la medida que la ley lo permita. Sin embargo, no tiene derecho a exigir tratamiento o servicios inapropiados o médicamente innecesarios. [Tiene derecho a abandonar el hospital incluso en contra de consejo médico](#) en la medida que la ley lo permita. Tiene derecho a ser informado sobre las consecuencias médicas de cualquiera de estas acciones.

Tenga en cuenta que si el hospital y/o médico le propone participar o realizar experimentos / investigación humana que afecten su atención o tratamiento, tiene derecho a negarse a participar en dichos proyectos de investigación.

A [recibir respuestas razonables](#) a cualquier solicitud razonable de servicio.

A que se le efectúe una evaluación y [tratamiento apropiado de su dolor](#).

A [formular instrucciones anticipadas](#). Esto incluye designar a una persona para que tome decisiones por usted cuando no pueda comprender un tratamiento propuesto o que no pueda comunicar sus deseos con respecto a su atención. El personal del hospital y los profesionales deberán cumplir con estas instrucciones. Todos los derechos del paciente aplican también a la persona que tiene la responsabilidad legal de tomar decisiones sobre su atención médica, en su nombre.

A que [se respete su privacidad personal](#). Las discusiones de su caso, su consulta, sus exámenes y tratamientos son confidenciales y se llevarán a cabo de forma discreta. Usted tiene derecho a que [se le informe sobre el nombre y la razón de la presencia de cualquier persona involucrada en sus cuidados](#). Tiene derecho a que los visitantes se vayan antes de que sea examinado y/o cuando se discuta problemas de tratamiento. Se utilizarán barreras de privacidad en todas las áreas semiprivadas.

Al [tratamiento confidencial](#) de todas las comunicaciones y registros relacionados con su atención y su estancia en el hospital. La información básica que se incluye en el directorio de nuestro establecimiento, como su ubicación dentro del hospital y su condición general, puede divulgarse a menos que usted lo prohíba específicamente por escrito. Se debe obtener un permiso por escrito antes de que los [registros médicos](#) se pongan a la disponibilidad de cualquier persona que no esté directamente relacionada con su atención, a menos que la ley lo requiera o lo permita.

A [tener acceso a la información](#) contenida en nuestros registros dentro de un marco de tiempo razonable, excepto cuando no esté permitido por la ley.

A [recibir atención en un entorno seguro](#), libre de negligencia, explotación o abuso sexual, emocional, verbal, físico u hostigamiento.

A [estar libre de restricciones](#) de cualquier forma utilizada como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia por parte del personal.

A [recibir una continuidad en sus cuidados](#) y a recibir información sobre el plan de cuidados y cualquier requerimiento de atención médica que deba continuar después de que sea dado de alta y a saber la identidad de las personas que le brindarán estos cuidados.

A [conocer las reglas o políticas del hospital](#) que aplican a su conducta mientras usted sea paciente.

A [designar los visitantes de su elección](#) según la política de visitas al hospital.

A examinar y [recibir una explicación](#) de su factura del hospital [independientemente de la fuente de pago](#). Usted tiene derecho a que se le informe sobre [cualquier relación comercial](#) entre el hospital y cualquier proveedor de atención médica, instituciones o negocios que pueda influir en su tratamiento y atención.

A ejercer estos derechos sin distinción de sexo, situación económica, formación educativa, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, discapacidad física o mental, edad, orientación sexual, identidad o expresión de género, estado civil o [fuente de pago de sus cuidados](#).

A sentirse satisfecho con la atención médica que recibe. Tiene derecho a [presentar reclamos y/o quejas](#) ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos del estado y/o al hospital y a estar informado de las medidas tomadas. (Vea la última página).

A [ser un participante activo](#) en su propia atención médica siempre que sus acciones no infrinjan los derechos de otros pacientes o los derechos y responsabilidades del hospital.

USTED TIENE EL DEBER DE:

De [proveer información precisa y completa](#) sobre sus quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con sus necesidades médicas.

De [cooperar](#) con el plan de tratamiento recomendado por su médico, incluyendo las instrucciones de las enfermeras y del personal de salud aliado ya que estos facilitan su plan de cuidados.