



Elevated Community Health

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL

Como nuestro valioso socio, la responsabilidad de Elevated Community Health (ECH) hacia usted será:

- ❖ Brindar atención considerada, respetuosa y culturalmente competente, de calidad, preservando la dignidad y la confidencialidad de todas las personas a quienes servimos.
- ❖ Para nosotros es importante asociarnos con usted en sus decisiones de atención médica; compartiremos información detallada sobre la enfermedad, las opciones de tratamiento o los procedimientos necesarios para el consentimiento informado o el rechazo de la atención.
- ❖ Compartiremos los nombres, el estado profesional y la experiencia del equipo de atención involucrado en su atención.
- ❖ Protegeremos su privacidad y le explicaremos cómo compartimos su información médica personal.
- ❖ Haremos un esfuerzo razonable para brindar atención en el idioma elegido.
- ❖ Brindar información sobre cómo acceder a atención fuera del horario laboral, los fines de semana y la atención de emergencia.
- ❖ Brindar asistencia para acceder a registros médicos en el formato preferido para los servicios prestados en ECH dentro de un plazo de tiempo razonable.
- ❖ Explicación de los servicios disponibles y un presupuesto de costos, previa solicitud. (El costo real puede diferir del estimado en caso de complicaciones imprevistas o cambios en el seguro).
- ❖ Notificación de nuestra escala móvil de tarifas (SFS)
- ❖ Proporcionar información sobre directivas anticipadas.
- ❖ ECH cumplirá con todas las leyes y regulaciones.
- ❖ Para ayudarle a satisfacer sus necesidades, le invitamos a compartir sus comentarios, recomendaciones y expresar sus quejas libremente.
 - Puede hablar con un empleado, supervisor, gerente o director sobre sus comentarios o inquietudes.
 - Si su inquietud aún no ha sido resuelta, puede comunicarse con nuestro **Departamento de Calidad y Cumplimiento al (970)452-8508**.

Como nuestro socio, le pedimos:

- ❖ Proporcionarnos información completa, honesta y precisa sobre sus necesidades de atención médica actuales y pasadas, medicamentos, enfermedades y hospitalizaciones.
- ❖ Participar en las decisiones y la gestión de la atención médica, seguir el plan de atención acordado, lo que incluye tomar el medicamento según lo prescrito y establecer objetivos.
- ❖ Siéntase con el poder de hacer preguntas sobre cualquier aspecto de su atención o las firmas requeridas cuando no comprenda algo.
- ❖ Sea considerado y respetuoso con los demás pacientes, el personal y las instalaciones.
- ❖ Por favor, asista a sus citas y sea puntual. Si no puede asistir, llame con 24 horas de anticipación para reprogramarla.
- ❖ Traiga su tarjeta de seguro, Medicaid, CHP o Medicare a cada cita.
- ❖ Pague su copago o tarifa de pago personal al momento del registro para cada visita.
- ❖ Concertar una consulta con otro proveedor para obtener una segunda opinión o cambiar de proveedor, clínica u hospital.
- ❖ Tiene derecho a rechazar el tratamiento y/o abandonar la instalación en contra del consejo del proveedor, con plena comprensión del riesgo que implica rechazar el tratamiento o procedimiento recomendada.

ECH es un Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC). Como tal, ECH cumple los requisitos para la protección por responsabilidad civil por negligencia médica de la Ley Federal de Reclamaciones por Agravios (FTCA). Por lo tanto, este centro de salud recibe fondos del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) y cuenta con la certificación del Servicio Federal de Salud Pública (PSH) para ciertas reclamaciones de salud o relacionadas con la salud, incluidas las reclamaciones por negligencia médica, tanto para sí mismo como para sus beneficiarios.



Cualquier persona puede utilizar nuestros servicios sin importar su identidad de género, raza, edad, religión, color, nacionalidad, orientación sexual o situación económica. ECH atiende a todos los pacientes, independientemente de su capacidad para pagar. Ofrecemos servicios con descuento según una escala de tarifas variables. Los requisitos se basan en los ingresos familiares, el tamaño de la familia y el nivel federal de pobreza. ECH es una organización sin fines de lucro 501(c)3 financiada en parte por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA). Sus donaciones son muy apreciadas y son deducibles de impuestos. Gracias.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Yo, _____ entiendo mis derechos y responsabilidades como paciente de ECH.

Paciente/Tutor legal

Nombre impreso: _____ Firma: _____

Paciente/Tutor legal

Solo para uso de oficina

Nombre impreso del personal de ECH: _____ Firma: _____ Fecha: _____

☐ Identificación válida del paciente/tutor legal verificada.