

Efectos Secundarios Inusuales

Los procedimientos importantes que pueden tener un efecto secundario inusual requieren revisión minuciosa y detallada, y consentimiento adicional de usted antes de iniciar el tratamiento propuesto.

Revisión de Expedientes

Usted tiene derecho a revisar su expediente (ORS 179.505). Debe llenar el formulario de Solicitud de Información -pida el formulario en la recepción o a su proveedor.

Costo del Tratamiento

Usted tiene el derecho a saber el estimado del costo de los servicios antes que se le cobre. Una tabla de descuentos basada en sus ingresos está disponible. Usted puede solicitar una copia de la tabla de descuentos.

Planes de pago pueden ser arreglados con la Oficina de facturación (541-766-6715).

Servicios de Cuidado Urgente y/o Emergencia

Usted tiene el derecho a servicios de atención urgente. Si usted necesita servicios de atención urgentes después de nuestro horario de trabajo, llame a nuestra oficina al (541) 766-6835 para información detallada. Si usted está en necesidad de servicios de emergencia vaya a la sala de emergencias o llame al 911.

Directivas de Salud Mental

Usted tiene el derecho de hacer una Declaración del Tratamiento de Salud Mental (ORS 127.703) y recibir asistencia en este proceso.

Proceso de Queja y/o Reclamo

Tiene derecho a presentar una queja o reclamo, libre de represalias por ejercer este derecho. Habrá asistencia si es necesario presentar la queja y/o reclamo. Para obtener más información consulte el folleto de Quejas y Reclamos de los Servicio al Cliente del Condado Benton.

Responsabilidades del Cliente

Plan de Tratamiento y/o Cuidado

Usted tiene la responsabilidad de participar en la planificación de su tratamiento y/o cuidado.

Confidencialidad

Proteja la confidencialidad de otros clientes. Favor no identifique a otros como clientes de los Centros de Salud del Condado Benton o hable de las actividades o inquietudes de los clientes.

Suministro de información

Llene todas las formas lo mejor que pueda. Si usted necesita ayuda con el formulario pida ayuda al personal. Sea honesto con la información que da sobre usted y sobre otros.

Cortesía

Sea cortés y respetuoso con los demás.

Asistencia

Se espera que llegue a tiempo a su cita. Si tiene que faltar a una cita **favor notificarlo a nuestra oficina tan pronto como sea posible para volver a programarla.**

El Pago del Tratamiento y/o Cuidado

Usted es responsable de pagar su factura de acuerdo a los servicios provistos. Algunos servicios se cobran con un descuento y su factura puede ser reducida.

Seguridad

NO se permiten armas en el Centro de Salud del Condado Benton. Cualquier amenaza o violencia física resultara en que se le requiera salir de las instalaciones. El personal tomará las medidas adecuadas en cualquier momento que sea un peligro obvio hacia usted u otros,

ADP-0014es LE: 10/04 REV PC: 11/09, Rev. TFS: 3/12, rev: TFS 10/13, rev 6/15

Derechos y responsabilidades del cliente



Centros de Salud del
Condado Benton
530 NW 27th Street
P.O. Box 579
Corvallis OR 97339-0579
Teléfono: 541-766-6835
TTY: 1-800-735-2900
www.co.benton.or.us/health

Derechos del cliente

Usted tiene derecho a recibir servicios en los Centros de Salud del Condado Benton sin importar su:

- Edad
- Raza / Etnia
- Idioma
- Estado civil
- Discapacidad mental o física
- Religión
- Orientación sexual
- Género
- Identidad de género

Protecciones al Cliente

Usted tiene derecho a:

- Su privacidad, dignidad y respeto
- Su confidencialidad
- Ser protegido de abuso o maltrato físico
- Recibir tratamiento adecuado
- Ser libre de restricción, excepto como se regula en la ley OAR 309-032-1540(9)

Medicamento

Usted tiene el derecho a saber por qué un medicamento en particular es recomendado y entender los posibles efectos secundarios.

Derecho a Tratamiento y/o Cuidado

Usted tiene derecho a:

- Elegir su proveedor de cuidado médico primario
- Recibir servicios adecuados y de una manera amable
- Solicitar credenciales y entrenamiento del personal
- Información sobre servicios y recursos en la comunidad y otras opciones de tratamiento disponibles

Su Tratamiento y/o Plan de Servicio

Usted tiene derecho a:

- Participar, definir y desarrollar su tratamiento y/u objetivos de cuidado médico, y a que se le expliquen los servicios con resultados esperados y posibles riesgos
- Tomar una decisión informada y hacer preguntas del por qué el tratamiento y/o cuidado es recomendado
- Ser informado de las políticas y procedimientos, el contrato de los servicios y los precios aplicables a los servicios proveídos
- Tener un padre, tutor, o representante que le asista a entender la información que se le proporcione
- Recibir una copia del plan de servicio
- Participar en la revisión y la revaluación periódica de los servicios y el apoyo a las necesidades, incluyendo conclusiones de servicios y/o transferencias
- Tener participación familiar en la planificación de y la entrega de los servicios
- No participar en la experimentación
- Elegir entre servicios y apoyos disponibles:
 - Consistentes con el plan de servicio
 - En la manera que sea posible, ofrecidos en comunidades más organizadas
 - Proporcionándole mayor cantidad de independencia
 - No limitarle su libertad
- Escojo que no cobren mi seguro médico por esta visita específica y pagar el costo total de los servicios sin descuento que me serán dados durante esta visita

Rehusando Tratamiento

Usted tiene derecho a rechazar tratamiento, incluyendo servicios específicos, procedimientos o medicamentos sin sufrir consecuencias.

Confidencialidad

La información acerca de usted es confidencial. Debe dar permiso por escrito antes que podamos compartir información sobre usted a otras personas y/o agencias, a menos que su información sea requerida por proveedores fuera de nuestra clínica por motivos de tratamiento o por las compañías de seguros médicos para recibir pago.

Su información confidencial puede ser dada sin su consentimiento **sólo** cuando:

- Hay un peligro obvio hacia usted u otros
- Usted tiene una emergencia médica que requiere la información
- Hay una causa razonable de creer que hubo o esta ocurriendo negligencia o abuso hacia un niño, persona adulta, persona con una discapacidad mental o de un paciente en asilo
- Un tribunal ordena liberación de la información bajo ciertas circunstancias limitadas
- Bajo circunstancias limitadas, si es menor de edad (dependiendo del tipo de tratamiento que reciba)

Consentimiento Informado

Usted tiene derecho a dar su consentimiento informado por escrito antes del inicio de los servicios, excepto en una emergencia médica o de otra forma permitida por ley. Menores de edad pueden dar su consentimiento informado a los servicios en las siguientes circunstancias.

- Menor de 18 años de edad y legalmente casado
- 16 años de edad o más y legalmente emancipado por un tribunal
- 14 años de edad o más para servicios ambulatorios. Para propósitos de consentimiento informado, los servicios ambulatorios no incluye el servicio proporcionado en programas residenciales u hospitalización parcial
- Cualquier edad para servicios relacionados con Planificación Familiar y/o Infecciones de Trasmisión Sexual