

PATIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

As the accredited Medical and Dental Home of our patients, NATIVE HEALTH is committed to the following Patient Rights and Responsibilities. Patients have a fundamental right to medical care that safeguards their personal dignity and respects their cultural, psychosocial, and spiritual values. NATIVE HEALTH/NHW Community Health Center strives to provide understanding and respect of these values in meeting patients' needs as long as these values are within the health center's capacity, its stated mission and philosophy, and relevant laws and regulations. We honor and attest to your rights as a patient to:

ACCESSIBLE CARE

- Receive appropriate medical, dental, and behavioral health care without discrimination
- Communicate and receive a timely response to your concerns by contacting a NATIVE HEALTH/NHW Community Health Center employee
- Access protective services
- Receive referrals to other health care professionals to optimize health status
- Communication assistance if you do not speak or read English, or are hearing or visually impaired
- Patients have the right to change providers if other qualified providers are available

RESPECT AND DIGNITY

- Be assured of the confidentiality of your health information
- Make informed choices about your care and treatment, including the decision to refuse treatment
- Complete an Advance Directive/Living Will and have your stated wishes honored
- Be assured of considerate and respectful treatment regardless of race, color, creed, ethnic or national origin, cultural background, religion or belief, age, sex, gender identity, gender expression, sexual orientation, economic status, education, disability or illness
- Not be subjected to abuse, neglect, exploitation, coercion, manipulation, sexual abuse, sexual assault, restraint or seclusion, retaliation for submitting a complaint or misappropriation of personal and private property by NATIVE HEALTH's personnel.

INVOLVEMENT OF FAMILY AND FRIENDS

- Involve family members and friends in your care, when it is safe and possible

COORDINATION OF CARE

- Participate in the development and implementation of care along with your chosen family and representatives
- Know the name of your primary medical, dental or behavioral health provider
- Know the names and professional titles of caregivers participating in your care
- Participate in the development and implementation of your care plan
- Appoint a representative of your choice to make informed decisions about your care

INFORMATION, EDUCATION AND COMMUNICATION

- Be given complete and current information about your diagnosis, condition, and treatment and outcomes of care, including unanticipated outcomes, in a manner that you can understand

- Participate in decisions about your diagnosis, treatment and care
- Know the potential risks and benefits of procedures and treatments
- Receive and examine an explanation of charges, regardless of source of payment in a manner that you can understand
- Receive health information and education to optimize your health and self-management

PHYSICAL COMFORT

- Be cared for in a healing environment which is clean, safe, and respectful of your personal privacy
- Receive appropriate pain assessment and management with the intention to maximize your comfort.

EMOTIONAL SUPPORT

- Express concerns, be heard, and receive an appropriate response

TRANSITION AND CONTINUITY OF CARE

- Expect reasonable continuity of care and be advised of continuing healthcare requirements

PATIENT RESPONSIBILITIES

As a partner on your healthcare team, we ask you to:

- Provide complete and accurate information about your current and past state of health, including allergies, past illnesses, hospitalizations, and the medications you are taking
- Report changes in your condition or symptoms, including pain, to a member of the healthcare team
- Talk to us about your pain and options for minimizing it
- Ask questions when you do not understand what we are saying or asking you to do
- Follow the treatment plan that you developed with your healthcare providers
- Accept responsibility for your health outcome, if you choose not to follow your treatment plan
- Follow the rules and regulations of our health center, which have been put in place for your safety and the safety of others
- Assist us in providing a safe environment by sharing your observations if you perceive unsafe conditions or practices
- Show respect and consideration for your healthcare professionals and other patients and families by controlling noise and disturbances, not smoking, and respecting others' property
- Assure your financial obligation for health care is fulfilled as promptly as possible.

If you would like to express a concern or complaint about your care, treatment or safety, please contact the Quality Assurance Manager. A copy of the NATIVE HEALTH/NHW Community Health Center Patient Rights and Responsibilities Policy is available at the front desk.

Patient/Guardian Signature: _____ Date: _____

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Como su Hogar Médico y Dental, NATIVE HEALTH se compromete a los siguientes Derechos y Responsabilidades del Paciente. Los pacientes tienen el derecho esencial al cuidado médico que les permita resguardar su dignidad personal, y que respete sus valores culturales, psicológicos, y espirituales. NATIVE HEALTH/NHW Community Health Center se esfuerza por brindarle comprensión y respeto de estos valores, al satisfacer las necesidades de los pacientes siempre y cuando estos valores estén dentro de las capacidades, el cometido y la filosofía de nuestro centro, además de las leyes y regulaciones relevantes. Nosotros honramos y afirmamos sus derechos como paciente para:

CUIDADO ACCESIBLE

- Recibir cuidado médico, dental, y salud mental sin discriminación
- Comunicar y recibir una respuesta pronta a sus preocupaciones, contactando a un empleado de NATIVE HEALTH/NHW Community Health Center
- Acceso a servicios de protección
- Ser referido a otros cuidados médicos profesionales para optimizar su estado de salud
- Asistencia con comunicación si usted no habla, ni lee el Inglés, o si tiene problemas de la vista o problemas del sentido de oír
- Como paciente usted tiene derecho a cambiar de proveedor de salud si hay otros miembros del equipo médico calificados y disponibles

RESPECTO Y DIGNIDAD

- Asegurara en la confidencialidad de su información medica
- Tomar decisiones informadas sobre su cuidado y tratamiento médico, incluso la decisión de rechazar tratamiento
- Completar una directiva de cuidado médico y asegurarse de que su voluntad sea cumplida
- Ser tratado con respeto y consideración, independientemente de su raza, color, credo, origen nacional o étnico, antecedentes culturales, religión o creencia, edad, sexo, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, situación económico, educación, discapacidad o enfermedad
- No ser sometido a abuso, negligencia, explotación, coacción, manipulación, abuso sexual, agresión sexual, restricción o reclusión, represalias por presentar una queja o apropiación indebida de propiedad personal y privada por miembro del personal de NATIVE HEALTH.

PARTICIPACIÓN DE FAMILIA Y AMIGOS

- Involucrar a los miembros de su familia y a sus amigos en su cuidado médico, siempre y cuando sea seguro y posible

COORDINACIÓN DE CUIDADO

- Participar en el desarrollo y aplicación de su cuidado medico, junto con su familia y representantes
- Conocer el nombre de su médico, dentista o terapeuta
- Conocer los nombres y títulos de las personas que estén participando en sus cuidados médicos
- Participar en el desarrollo e aplicación de su plan de cuidado
- Nombrar a un representante de su elección para tomar decisiones informadas sobre su cuidado

INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

- Asegurarse de recibir información completa y corriente sobre su diagnosis,

condición y tratamiento, así como de los resultados de su cuidado, incluso resultados inesperados, de una manera que usted pueda comprender

- Participar en decisiones sobre su diagnosis, tratamiento y cuidado
- Conocer los posibles riesgos y beneficios de procedimientos y tratamientos
- Recibir y revisar su cuenta, sin importar el origen del pago, de una manera que usted pueda comprender
- Recibir información y educación médica para optimizar su salud y manejo propio

CONFORT FÍSICO

- Ser tratado en un ambiente saludable el cual esté limpio, seguro, y en el cual se le respete su privacidad personal
- Recibir evaluación apropiado, para el dolor y manejo con la intención de maximizar su confort

SOPORTE EMOCIONAL

- Expresar sus preocupaciones, ser escuchado, y recibir una respuesta apropiada

TRANSICIÓN Y CONTINUIDAD DE CUIDADO

- Contar con continuidad razonable de cuidado y de recibir consejos para continuar los requisitos de su cuidado médico

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Como participante en su cuidado medico, le pedimos que:

- Proporcione información precisa y completa sobre su estado médico actual y anterior, incluyendo alergias, enfermedades pasadas, hospitalización, y medicamentos que esta tomando
- Reporte cambios en su condición o síntomas, incluyendo el dolor, a un miembro de su equipo de cuidado médico
- Nos hable de su dolor y opciones para minimizarlo
- Haga preguntas cuando no comprende lo que le decimos, o lo que le pedimos que haga
- Siga el plan de tratamiento que ha desarrollado con sus proveedores médicos
- Acepte responsabilidad por los resultados de su salud si prefiere no seguir su plan de tratamiento
- Siga las reglas de nuestro centro médico, las cuales se han creado para su seguridad y la seguridad de otros
- Coopere con nosotros para brindarle un ambiente seguro, compartiendo sus observaciones si usted percibe condiciones o prácticas inseguras
- Muestre respeto y consideración hacia sus profesionales médicos y otros pacientes y familiares al controlar disturbios y ruido, al no fumar, y respetar la propiedad de otros
- Se asegure de que su obligación financiera por su cuidado médico será cumplida tan pronto como le sea posible.

Si le gustaría expresar inquietudes o quejas sobre su cuidado, tratamiento o seguridad, por favor contactar Aseguramiento de la Calidad. Una copia del derechos y responsabilidades del paciente de NATIVE HEALTH/NHW Community Health Center esta disponible en recepción.

Firma de Paciente/Guardián: _____ Fecha: _____