



## DERECHOS DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Como paciente, usted tiene el derecho a cuidado apropiado y protección. Usted está protegido por medio de leyes estatales y federales con respecto a su confidencialidad. Usted también tiene otros derechos, los cuales aparecen en esta lista. Léalos cuidadosamente y asegúrese en preguntarle a su proveedor si usted tiene una pregunta al respecto.

1. **Consentimiento a tratamiento:** Yo entiendo que el personal primario que me ha sido asignado explicará la naturaleza de esta evaluación y tratamiento que será proveído, los riesgos y beneficios que se esperan y alternativas disponibles. Yo entiendo que aunque se empleará un estándar de cuidado razonable, el mejoramiento, aun esperado, no es garantizado. Yo entiendo que pueda que se comuniquen conmigo en el futuro para una entrevista de seguimiento. Si usted desea retirarse del tratamiento en algún momento, el personal me asistirá con una referencia adecuada si así deseo.
2. Las sesiones de tratamiento podrán ser grabadas con fines de supervisión, lo cual podrán ocurrir vía video conferencia codificada. Las grabaciones se mantendrán estrictamente confidenciales, de acuerdo a las leyes estatales y federales. Las cintas son de uso temporal y después serán borradas.
3. **Confidencialidad y entrega de información:** Yo entiendo que la información con respecto a mis contactos de la clínica se mantendrán confidenciales entre el equipo clínico para proteger mis derechos a la privacidad. También entiendo que dicha información no se compartirá sin mi consentimiento por escrito, o el de mi guardián legal, excepto en ciertas circunstancias como:
  - a. Si yo amenazo en hacerme daño a mí mismo o a otra persona.
  - b. Cuando dicha información sea requerida por ley para reportarse en un caso de abuso, negligencia, abuso sexual o explotación de menores, adultos incapacitados, ancianos de 65 años de edad o mayores, o en caso de una orden tribunal;
  - c. Una emergencia médica, o
  - d. El uso de ciertas secciones de mi expediente médico y/o un documento financiero relacionado a mi tratamiento con el fin de actividades de mejoramiento.
4. Yo entiendo que tengo el derecho de:
  - a. Privacidad
  - b. Cuidado atento que respete mi privacidad y mis necesidades personales.
  - c. Información sobre mi evaluación y tratamiento.
  - d. Saber el nombre y la función de todo el personal que esté a cargo de mi cuidado.

- e. Tomar decisiones sobre mi cuidado antes y durante el transcurso de mi tratamiento.
- f. Negar un tratamiento o plan de cuidado que sea recomendado.
- g. Esperar que el personal clínico trate todo el comunicado y expedientes sobre mi cuidado confidencialmente.
- h. Esperar la continuidad de mi cuidado y hacerme saber de las opciones que se proveen fuera de esta instalación médica.
- i. Reconocimiento y consideración apropiada de mis valores espirituales y culturales.
- j. Repasar mi evaluación y expedientes de tratamiento y que se me brinde la información.

Reconozco que he sido informado con respecto a mis derechos como paciente.

\_\_\_\_\_

Paciente o Representante legal autorizado (Firma)

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Paciente o Representante legal autorizado (letra de molde)

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Personal

\_\_\_\_\_

Fecha