

Queremos su opinión:

El compromiso de OHSU Hillsboro Medical Center (antes OHSU Tuality Healthcare) es ser un lugar seguro, respetuoso y agradable para gente de todas las edades, culturas, habilidades, orígenes étnicos, géneros, nacionalidades, razas, colores de piel, religiones, orientaciones sexuales e ideas. Todos son bienvenidos. El OHSU Hillsboro Medical Center no discriminará en contra de usted.

Por ese mismo principio, OHSU Hillsboro Medical Center tampoco cumplirá con solicitudes de pacientes de rehusar la participación en su cuidado, de miembros específicos del personal de atención médica o de servicio, debido a su raza, origen étnico o religión. Estamos comprometidos a proveer atención a todos nuestros pacientes y a proteger a nuestros empleados contra los prejuicios y la intolerancia.

OHSU Hillsboro Medical Center envía habitualmente encuestas de satisfacción del paciente a personas elegidas al azar para ayudarnos a evaluar la calidad de nuestra atención y nuestros servicios y hacer los cambios necesarios. Quizá reciba una por correo en las próximas semanas.

Le pedimos que complete las encuestas para que podamos seguir creciendo como organización cuya prioridad principal es la excelencia en la atención a los pacientes. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre los derechos y responsabilidades descritos en este documento, o algún comentario sobre la atención que recibió en OHSU Hillsboro Medical Center, comuníquese con su médico o enfermero o con el Supervisor Administrativo de Enfermeros llamando al 503-681-1255.

Como paciente, usted tiene derecho a:

- Ser tratado con dignidad y respeto.
- Recibir atención médica sin sentir ningún tipo de acoso, abuso, negligencia o discriminación debido a su raza, color de piel, origen étnico, nacionalidad, cultura, idioma, religión, género, expresión, identidad u orientación sexuales, edad, discapacidad física o mental, nivel socioeconómico, capacidad de pago, estado civil, por pertenecer a las fuerzas armadas o sus reservas o por cualquier otra condición protegida por la ley.
- Consentimiento informado: Tomar decisiones informadas con respecto a la atención de su salud y participar en el desarrollo de su plan de atención médica.
- Formular Instrucciones anticipadas, incluso sobre alternativas de donación de órganos, para decirles a sus proveedores médicos qué tipo de atención desea recibir y cuál no, y que los proveedores de atención cumplan estas instrucciones.
- Recibir tratamiento que no requiere tener una Orden médica para/contra el tratamiento vital (*Physician Order for Life Sustaining Treatment, POLST*), Instrucciones anticipadas o similares en cuanto a no administrar o retirar tratamientos para prolongar la vida o alimentación o hidratación por medios artificiales. Esto significa que puede recibir atención aunque decida no completar un formulario que nos informe sobre sus deseos de atención médica futura y sus planes sobre el final de sus días.
- Designar una persona de apoyo para que esté presente con usted, si tiene una discapacidad, para cualquier discusión en la cual se le pida que considere atención de fin de vida (*hospice*) o que firme Instrucciones anticipadas o algún instrumento que permita no administrar o retirar tratamientos para prolongar la vida o nutrición o hidratación por medios artificiales. Esto significa que puede tener una persona de apoyo (familiar, amigo, asistente pagado, etc.) con usted cuando se hable de atención de fin de vida o cuando firme documentos sobre sus deseos de atención médica futura y planes de fin de vida (Instrucciones anticipadas y formularios POLST). Si tiene una discapacidad, el OHSU Hillsboro Medical Center se asegurará de que esta persona esté con usted, a menos que usted nos diga que desea que esa persona no lo acompañe.
- Rechazo informado: Negarse a recibir tratamiento y ser informado de las consecuencias.
- Ser informado sobre el resultado de la atención, incluso los resultados imprevistos.
- Saber qué proveedor está coordinando su atención y los nombres de todo el personal médico que lo atiende.
- Recibir información en un lenguaje y de un modo que usted pueda comprender (incluso si tiene limitaciones de visión, audición, capacidad mental o capacidad de hablar).
- Conocer todas las alternativas de tratamiento, independientemente del costo o la cobertura de un plan de beneficios.
- Conocer la información contenida en su historia clínica.
- Confidencialidad con respecto a sus expedientes y a la comunicación, según lo descrito en el "Aviso de Privacidad" presentado a todos los pacientes.
- Apoyar la consideración y el respeto mutuos mediante el uso de lenguaje y conducta corteses al interactuar con el personal y los profesionales independientes autorizados.
- Participar en cuestiones éticas que surjan durante su atención, como solución de conflictos, renuncia a servicios de resucitación o a tratamiento que prolonga la vida y participar en investigaciones, ensayos clínicos o proyectos educativos.
- Comprender la necesidad de un traslado a otras instalaciones y las alternativas a dicho traslado.
- Presentarnos sus quejas y recibir una respuesta sin que su queja afecte la calidad de atención que recibe.
- Ser informado al inicio de los servicios y en lo sucesivo, periódicamente, sobre los derechos y procedimientos para reportar abusos, tener acceso inmediato a estos derechos para ejercerlos por cuenta propia o por medio de su tutor o cualquier representante nombrado por usted.
- Decirnos qué personas son importantes en su vida, que desea que lo visiten, o que visiten a su hijo, incluso los que no tengan parentesco legal con usted, como su pareja doméstica no registrada, persona amada, tutores temporales, padres, padrastros o amigos.
- Identificar, o que su representante identifique, a tres personas de apoyo para que una esté con usted en todo momento en el hospital o en la sala de emergencia si tiene una discapacidad, ya sea física, intelectual, conductual o cognitiva, de audición o algún otro impedimento de comunicación, ceguera, autismo o demencia. Una persona de apoyo puede ser un familiar, un tutor, un asistente de cuidado personal u otro tipo de asistente pagado o sin paga seleccionado para ayudarlo física o emocionalmente o para asegurarse de que usted se pueda comunicar eficazmente. Esto significa que si usted tiene una discapacidad, puede decirnos los nombres de tres personas de apoyo, y una de ellas puede acompañarlo en su habitación cuando usted esté en el hospital. Examinar su factura y pedir que se la expliquen, independientemente de la fuente de pago.
- Evaluación y tratamiento del dolor adecuados.
- Recibir atención en un ambiente seguro, sin abuso ni hostilidad, y tener acceso a un defensor de pacientes o servicios de protección si es necesario.
- Sin restricción física ni aislamiento a menos que sean necesarios para el tratamiento médico o seguridad del paciente.
- Que se respeten sus creencias espirituales y recibir apoyo de los capellanes u otros servicios espirituales.
- Que su notifique a su familia, amigos y médico en cuanto sea admitido en el hospital.

Como paciente, usted es responsable de:

- Dar información correcta con respecto a su historia clínica.
- Notificar a su proveedor de atención médica de cualquier cambio inesperado relacionado con su salud.
- Participar activamente en las decisiones con respecto a su atención médica a menos que usted designe a un familiar o amigo para que se haga cargo de esa responsabilidad.
- Hacer preguntas cuando no entienda lo que se le ha dicho o lo que se espera de usted.
- Seguir el plan de tratamiento según lo que usted y su proveedor de atención médica hayan acordado.
- Informar a su proveedor de atención médica si usted no tiene intención de seguir su plan de tratamiento.
- Aceptar las consecuencias de los resultados si usted o su representante rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones debidamente.
- Respetar los derechos de otras personas y observar las reglas de cortesía elemental.

Información adicional:

OHSU Health Hillsboro Medical Center hará todo lo posible por resolver sus quejas o inquietudes. Hay información más detallada en la Guía de información para pacientes que está disponible en inglés y en español en todas las habitaciones del hospital. También puede presentar una queja sobre la calidad de atención o inquietudes sobre una dada de alta prematura del hospital ante las siguientes autoridades:

Normas y mejoras de calidad de atención médica del estado de
Oregón

800 N.E. Oregon St. Suite 305

Portland, OR 97232

971-673-0540

Email: mailbox.hclc@state.or.us

KEPRO

777 East Park Drive

Harrisburg, PA 17111

1 888 305 6759

Derechos para las personas con discapacidades de Oregón

610 SW Broadway, Suite 200, Portland OR 97205

503-243-2081 o 1-800-452-1694

Fax: 503-243-1738

Comisión conjunta, Oficina de verificación de calidad

One Renaissance Blvd.

Oakbrook Terrace, IL. 60181

1-800-994-6610

Fax: 630-792-5636

Email: patientsafetyreport@jointcommission.org