



Declaración de derechos del paciente

Como paciente en el Estado de Nueva York, de acuerdo con la ley, usted tiene derecho a:

1. Comprender y ejercer estos derechos. Si, por algún motivo, no comprende o necesita ayuda, WIHD **DEBE** brindarle asistencia, incluso un intérprete.
2. Recibir servicios sin discriminación por raza, color, religión, sexo, nacionalidad, discapacidad, orientación sexual, origen de pagos, o edad.
3. Recibir información sobre todos los servicios disponibles en WIHD.
4. Recibir información sobre las disposiciones sobre cobertura de urgencia fuera de los horarios de atención.
5. Recibir información sobre el nombre y el cargo de los médicos y del personal de WIHD que participan en su atención médica en WIHD.
6. Negarse a recibir tratamiento, en la medida de lo permitido por la ley, y a recibir información completa sobre las consecuencias médicas de esta medida.
7. Recibir información sobre los cargos por servicios, la elegibilidad para recibir reintegros de terceros y, si corresponde, la disponibilidad de atención gratuita o con costo reducido.
8. Recibir una factura detallada y una explicación de todos los cargos.
9. Un ambiente libre de humo.
10. Recibir información completa sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
11. Recibir toda la información que necesite para prestar su consentimiento informado para cualquier procedimiento o tratamiento propuestos. Esta información debe incluir los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o del tratamiento.
12. Recibir toda la información que necesite para prestar su consentimiento informado para una orden de no resucitación. También tiene derecho a designar a una persona para que preste este

consentimiento en su nombre en caso de que esté demasiado enfermo para hacerlo. Si desea recibir información adicional, puede pedir una copia del folleto "Deciding About Health Care — A Guide for Patients and Families" (Decidir sobre su atención médica: una guía para pacientes y familiares).

13. Regarse a recibir tratamiento y a que se le informe qué efecto podría tener su decisión sobre su salud.
14. Regarse a participar en investigaciones Para decidir si desea participar o no, tiene derecho a que le brinden información completa.
15. Privacidad mientras esté bajo el cuidado de WIHD y confidencialidad de toda la información y todos los registros relacionados con su atención.
16. Aprobar o rechazar la divulgación del contenido de sus registros médicos a cualquier profesional de la salud o institución de salud, excepto cuando lo exija la ley o un contrato de pago con terceros.
17. Revisar sus registros médicos sin cargo. Obtener una copia de sus registros médicos, por lo cual WIHD puede cobrar un arancel razonable. No se le puede negar una copia solo porque usted no pueda pagarla.
18. Quejarse, sin temor a sufrir represalias, por la atención y los servicios que recibe y a que WIHD le responda y, si usted lo solicita, que le responda por escrito. Para presentar una queja si no está conforme con la atención que recibe en WIHD, puede comunicarse con un Administrador en:

Regulatory Compliance & Quality Improvement Office

Cedarwood Hall, Room 308

Valhalla, NY 10595

(914) 493-8367

Compliance@wihd.org

Si no está satisfecho con la respuesta de WIHD, también puede comunicarse con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York:

New York State Department of Health

Centralized Hospital Intake Program

Mailstop: CA/DCS

Empire State Plaza

Albany, NY 12237

1-800-804-5447



**WESTCHESTER INSTITUTE FOR
HUMAN DEVELOPMENT**
Cedarwood Hall
Valhalla, NY 10595-1689

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

DE WIHD _____

Declaración de derechos del paciente

Aceptación

Reconozco haber recibido una copia de la Declaración de derechos del paciente y que leí o tuve la oportunidad de leer este Aviso y que comprendo este Aviso.

Nombre del paciente (manuscrito)

Fecha

Representante autorizado (manuscrito, si corresponde)

Relación con el paciente

X _____

Firma del paciente o del representante autorizado