

Declaración de los derechos y responsabilidades del paciente

Como paciente del Hospital Johns Hopkins, queremos animarle a discutir abiertamente con el equipo de atención médica los asuntos referentes a su cuidado, a tomar parte activa en su tratamiento, y a promover su propia seguridad al estar bien informado e involucrado en su cuidado. Queremos que usted se considere un socio en su propio cuidado, y que conozca sus derechos, así como también sus responsabilidades durante su estadía en el hospital. Le invitamos a usted y a su familia a que nos acompañen como miembros activos del equipo de atención.

Sus Derechos

- TIENE DERECHO a recibir un cuidado considerado, respetuoso y compasivo en un ambiente seguro sin importar su edad, género, raza, nacionalidad, religión, orientación sexual o limitaciones físicas.
- TIENE DERECHO a ser atendido en un ambiente seguro, exento de cualquier forma de abuso, descuido o maltrato.
- TIENE DERECHO a que le llamen por su nombre y a estar en un ambiente que preserve la dignidad y que contribuya a una autoimagen positiva.
- TIENE DERECHO a que le digan los nombres de los médicos, enfermeras/os y de todos los miembros del equipo médico involucrados en su cuidado.
- TIENE DERECHO a que se notifique lo más pronto posible a un miembro de su familia o a un representante de su elección y a su propio médico acerca de su ingreso al hospital.
- TIENE DERECHO a que alguien permanezca con usted para brindarle apoyo emocional durante su estadía en el hospital, a menos que la presencia de su visitante comprometa sus derechos o los derechos, la seguridad y la salud de los demás. Tiene el derecho de negarse a recibir visitas en cualquier momento.
- TIENE DERECHO a que su médico le hable acerca de su diagnóstico y pronóstico posible, de los beneficios y riesgos del tratamiento, y del desenlace esperado del tratamiento, incluyendo los desenlaces no previstos. Tiene derecho a dar un consentimiento informado por escrito antes de que se dé inicio a cualquier procedimiento o tratamiento que no sea de emergencia.
- TIENE DERECHO a que le examinen su dolor y a estar involucrado en las decisiones acerca de cómo manejarlo.
- TIENE DERECHO a estar exento de sujetadores que le impidan el movimiento y de aislamiento que no sea considerado necesario desde un punto de vista médico.
- TIENE DERECHO a la protección total de su privacidad y confidencialidad durante las conversaciones acerca de su cuidado, los exámenes y su tratamiento. Puede solicitar un acompañante durante cualquier examen.
- TIENE DERECHO a acceder a los servicios de protección y defensa en casos de abuso o de descuido. El hospital le brindará una lista de estos recursos.
- USTED, LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA Y LOS AMIGOS QUE TENGAN SU AUTORIZACIÓN, TIENEN DERECHO a participar en decisiones acerca de su cuidado, tratamiento y servicios, incluido el derecho a rehusar tratamiento hasta el punto permitido por la ley. Si usted se retira del hospital en contra del consejo de su médico, el hospital y los médicos no serán responsables por ninguna consecuencia médica que pueda ocurrir.
- TIENE DERECHO a aceptar o a rehusarse a participar en cualquier estudio de investigación médica. En cualquier momento usted puede dejar de participar en el estudio sin que esto afecte su acceso al cuidado regular.
- TIENE DERECHO a un tipo de comunicación que usted pueda comprender. El hospital brindará lenguaje de signos o servicios de interpretación para idiomas extranjeros sin costo adicional. La información ofrecida será apropiada para su edad, nivel de comprensión e idioma. Si tiene alguna limitación visual, auditiva, de lenguaje, y/u otro impedimento, recibirá ayudas adicionales para asegurar que sus necesidades sean satisfechas.
- TIENE DERECHO a decidir sus últimas voluntades, y a asignar a alguien para que tome las decisiones referentes a su salud, en caso de que usted no lo pueda hacer. Si no tiene una instrucción previa de sus últimas voluntades, le podemos ofrecer información y ayuda para preparar una.



JOHNS HOPKINS
MEDICINE

THE JOHNS HOPKINS HOSPITAL

- TIENE DERECHO a participar en su plan para el alta. Puede esperar que le informen a tiempo acerca de su alta o traslado a otra instalación o a otro nivel de cuidado. Antes del alta usted puede esperar que le den información acerca del cuidado de seguimiento que pueda necesitar.
- TIENE DERECHO a recibir información detallada acerca de los cobros hechos por su hospital y el médico.
- PUEDE ESPERAR que todas las comunicaciones e historia médica sean confidenciales, a menos que la divulgación esté permitida por la ley. Tiene derecho a ver u obtener una copia de su historia médica. Si desea añadir información a sus registros, puede comunicarse con el Departamento de Archivos Médicos por medio de su coordinador/a. Tiene derecho a recibir una lista de las personas a quienes se les divulgó su información personal de salud.
- TIENE DERECHO a dar su consentimiento, o a rehusarse al uso interno o externo de grabaciones, fotografías, películas u otro tipo de imágenes, con un propósito diferente a la mera identificación, diagnóstico o tratamiento. Tiene derecho a revocar su consentimiento, si lo hace durante un tiempo razonable antes de que dicho material sea utilizado.
- SI USTED O UN MIEMBRO DE SU FAMILIA NECESITA TRATAR un asunto ético relacionado con su atención médica, un miembro del Servicio de Ética está disponible a toda hora por localizador. Para comunicarse con un miembro, marque 410-283-6104. Después de tres timbres, entre su número de teléfono y luego oprima el signo (#). Un miembro del servicio de ética le devolverá la llamada.
- TIENE EL DERECHO a recibir servicio pastoral. Hay capellanes disponibles para ayudarle directamente o para contactar a su propio clérigo. Puede localizar a un capellán en el 410-955-5842 de las 8 a.m. a las 5 p.m. durante los días laborales. Fuera de este horario, tenga la bondad de pedirle a su enfermera que llame al capellán de turno.
- TIENE DERECHO a expresar sus preocupaciones acerca del cuidado que está recibiendo. Si tiene un problema o una queja, puede hablar con su médico, enfermera jefe o con el gerente del departamento. Puede comunicarse también con el Departamento de Relaciones con los Pacientes al 410-955-2273 o enviar un correo electrónico a: patientrelations@jhmi.edu
- Si su queja no se resuelve satisfactoriamente, también puede comunicarse con las siguientes organizaciones:

Maryland Department of Health & Hygiene

Office of Health Care Quality
 Hospital Complaint Unit
 Spring Grove Hospital Center
 55 Wade Avenue
 Bland Bryant Building
 Catonsville, MD 21228
 410-402-8016 o a la línea gratis 1-877-402-8218

The Joint Commission

Office of Quality Monitoring
 One Renaissance Boulevard
 Oakbrook Terrace, IL 60181
 1-800-994-6610
complaint@jointcommission.org

Sus Responsabilidades

- SE ESPERA QUE brinde información completa y precisa, incluyendo su nombre completo, dirección, número de teléfono de la casa, fecha de nacimiento, número de seguro social (si se aplica), aseguradora médica y empleador, cuando se requiera.
- DEBE darle al hospital o a su médico una copia de sus últimas voluntades, si cuenta con ellas.
- SE ESPERA QUE dé información correcta y completa acerca de su salud y su historia médica, incluyendo su condición actual, las enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos, vitaminas, productos naturales y cualquier otro asunto concerniente a su salud, incluyendo los riesgos de seguridad percibidos.
- SE ESPERA QUE haga preguntas cuando no entiende la información o las instrucciones que se le dan. Si usted cree que no puede cumplir con su plan de tratamiento, usted tiene la responsabilidad de decírselo a su médico. Usted es responsable por los resultados si no cumple con el plan de cuidado, tratamiento y servicio.
- SE ESPERA QUE participe activamente en el manejo de su dolor y que mantenga a los médicos y enfermeras informados de la eficacia de dicho tratamiento.
- SE LE PIDE que deje sus objetos de valor en casa y que solamente traiga lo necesario para su estadía en el hospital.
- SE ESPERA QUE usted trate al personal del hospital, a otros pacientes y visitantes con cortesía y respeto; que cumpla todas las reglas y normas de seguridad; y que sea consciente de los niveles de ruido, la privacidad y el número de visitantes.
- SE ESPERA QUE brinde información correcta y completa acerca la cobertura de su plan de seguro médico y que pague las facturas a tiempo.
- USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD de asistir a sus citas médicas puntualmente, y de llamar a su proveedor de salud si no puede asistir.

*Actualizada en inglés en octubre de 2011
 Versión en español en diciembre de 2012*