

Es nuestra misión del **West Houston Surgicare** servir a **todos** nuestro clientes (pacientes, familiares, medicos, y visitantes) de promover un cuidado de la salud efectivo y apropiado en un ambiente carinoso. Tratamos a nuestros clientes con respeto y dignidad; y nos esforzamos en merecer el respeto y la confianza de la comunidad a la que servimos. *Somos el Centro Ambulatorio de eleccion.*

La siguiente declaracion de los derechos y responsabilidades del paciente son presentados como una poliza de (WHS) pero no pretende ser una representacion completa de derechos y responsabilidades.

DERECHOS DEL PACIENTE:

1. El ser respetado, tratado con consideracion y dignidad.
2. No tener discriminacion en base a su raza, religion, minusvalia, condicion medica, sexo, edad o etnicidad y el derecho del acceso imparcial a todo los recursos medicos del centro (W.H.S)
3. De tener privacidad personal y de informacion.
4. De ser tratado confidencialmente y a excepcion de lo autorizado por la ley a los pacientes se les dara la oportunidad aprobar o rehusar la liberacion de revelaciones o expedientes.
5. De tener un tratamiento seguro,eficiente y a un precio justo.
6. De tener la oportunidad de participar en las decisiones que involucren su cuidado de su salud, excepto los casos en los cuales su participacion este contraindicada por razones medicas.
7. De incluir a los familiares de el o de ella en las decisiones de su cuidado y/o delegar a otra persona asignada para que haga decisiones medicas y hasta (el grado permitido por la ley.)
8. El obtener consentimiento informado.
9. De ser informado de su condicion y de los procedimientos quirurgicos, medicos o diagnosticos que le vayan a hacer para que pueda decidir si quiere o no el procedimiento a sabiendas de los riesgos, beneficios y alternativas. Su medico debe discutir esto antes de su procedimiento y darle la oportunidad de expresar cualquier pregunta que tenga. Un miembro de el centro quirurgico puede tambien revisar esta informacion para asegurar que tiene completo conocimiento.
10. De asegurarse de la escala y manejo del dolor.
11. De tener la Informacion de los aspectos financieros y servicios y de poder tener una cuenta detallada de los servicios que se le estan cobrando.
12. De expresar dudas o quejas acerca de su cuidado, y de revisar estos problemas y cuando es posible resolverlos.

POLIZA DE DIRECCION ANTICIPADA

El centro W.H.S. provee el cuidado de pacientes estables que van a tener cirugia electiva. De ahí que es nuestra poliza de no honrar esta forma durante la estancia en este centro, los pacientes con directivo anticipado o testamento en vida pueden traerlo al centro y, de ser necesario de transferir al paciente al hospital para cuidado de emergencia le transferimos el directivo anticipado como parte de su expediente medico, y que otro hospital que lo recibe de consideracion a estos documentos.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE:

1. De comportarse de un modo callado y con orden.
2. De seguir y participar en el plan de tratamiento al que el/ella hayan tratado con su medico y en cooperacion con el equipo medico.
3. De comunicar honesta y directamente y proveer informacion exacta y completa acerca de sus quejas medicas actuales, enfermedades en el pasado, hospitalizaciones, recetas, medicinas sin receta, remedios de hierbas,suplementos medicos y otros asuntos relacionados con su salud.
4. Las consecuencias que resultan al no seguir las indicaciones o al rechazar el tratamiento.
5. De seguir las reglas y mandatos que afecten al cuidado y la conducta del paciente.
6. De considerar los derechos de otros pacientes y personal del centro y ayudar en el control de ruido, el fumar sin autorizacion y el numero de visitantes.
7. El respetar a otros pacientes y la organización del cuidado de la salud.
8. El hacer saber si el/ella ha entendido el curso de su tratamiento medico y que se espera de el/ella.
9. De asegurarse que la obligacion financiera sea completa tan pronto como sea posible.
10. De decirle a los doctores de cualquier testamento en vida, carta poder, o de cualquier directiva de antemano.
11. De informar al centro de violacion de los derechos del paciente.
12. De comunicar cualquier preocupacion de seguridad, riesgos percibidos en el cuidado de su tratamiento y cualquier cambio de su condicion.

SATISFACCION DEL PACIENTE:

Es muy importante para nosotros la evaluacion de la satisfaccion del paciente y familia. A todos los pacientes al salir del centro se les dara una forma de evaluacion. se hace el intento de ponerse en contacto con el paciente dentro de las 24 a 48 hrs despues de su salida.

Por favor informenos de cómo mejorar el servicio para usted.

MEDICO PROPIETARIO:

Este centro es una asociacion limitada y tiene socios medicos su medico tiene interes financiero de este establecimiento si esto le preocupa por favor discutalo con su medico. Su medico le informara de su interes financiero.

PARA QUEJAS:

Nuestro personal se esfuerza en proveer servicio excelente. Si usted tiene sugerencias,quejas, o si por algun motivo no cumplimos con sus expectativas no dude en hacerlo saber lo mas pronto posible. Le podemos asegurar que al expresar su queja no le afectara negativamente en el cuidado y servicio que proveemos. Generalmente solo se necesita hablar con una enfermera o personal, pero si lo prefiere puede dirigirse al administrador al 713-461-3547 sus preguntas o dudas seran atendidas de inmediato. Si esto no le satisface llame al departamento de servicios medicos del estado que es responsable de investigar quejas, cualquier queja puede emitirse al: Director, The Department of State Health Services, Health Facility Compliance Division, 1100 West 49th Street, Austin,Tx 78756-1-888-973-0022.

Medicare Ombudsman contact: 1-800-MEDICARE;www.cms.hhs.gov/center/