

**East West Surgery Center**  
2041 Mesa Valley Way Suite 125  
Austell, GA 30106-1149  
(678) 309-8100

**LOS DERECHOS DEL PACIENTE**

- Recibir acceso a igualdad de tratamiento médico y comodidades sin importar la raza, credo, sexo, origen nacional, religión, o fuentes de pago para el cuidado.
- Estar completamente informado y tener información completa, hasta el alcance del médico, con respecto a la diagnosis, tratamiento, procedimiento y pronóstico, así como los riesgos y efectos secundarios asociados con el tratamiento y procedimiento antes del procedimiento.
- Ejercer sus derechos sin ser sujetado a discriminación o represalia.
- Expresar los agravios con respecto al tratamiento o cuidado dado (o que falla de ser dado).
- Privacidad personal.
- Recibir cuidado médico en un lugar seguro.
- Estar libre de todas formas de abuso o acoso.
- Recibir el cuidado necesario para recuperar o mantener su estado de salud máximo y si es necesario, hacer frente a la muerte.
- Contar que el personal que cuida del paciente son amistosos, considerados, respetuosos y calificados por medio de educación y experiencia, así como cumplir con los servicios de cuales son responsables con la calidad más alta de servicio.
- Estar completamente informado del alcance de los servicios disponibles en el centro médico, provisiones para cuidado después de horas, y los honorarios relacionados por los servicios prestados.
- Ser un participante en las decisiones con respecto a la intensidad y alcance del tratamiento. Si el paciente no puede participar en esas decisiones, los derechos del paciente serán ejercitadas por el representante designado del paciente u otra persona legalmente designada.
- Tomar decisiones informadas con respecto a su cuidado.
- Rechazar el tratamiento hasta lo permitida por la ley y estar informado de las consecuencias médicas de tal denegación. El paciente acepta la responsabilidad de sus acciones incluyendo la denegación de tratamiento o no seguir las instrucciones del médico o del centro médico.
- Aprobar o rechazar la divulgación de informes médicos a cualquier individual fuera del centro médico, o según los requisitos de ley o contrato contra terceros de pago.
- Estar informado de cualquier experimentación humana o de otra investigación/proyectos educativos que afectan su cuidado o tratamiento y puede rechazar la participación en tal experimentación o investigación sin compromiso al cuidado general del paciente.
- Expresar agravios/quejas y sugerencias en cualquier momento.
- Tener acceso a y/o copias de su historial médico.
- Estar informado en cuanto a la política del centro médico con respecto a directivas avanzadas/testamento de vivir.
- Estar completamente informado antes de cualquier transferencia a otro centro médico u organización y asegurarse que el centro médico que lo recibe acepta la transferencia.
- Expresar las creencias espiritual y las prácticas culturales que no dañan ni interfieren con el curso previsto de terapia médica para el paciente.
- Esperar que el centro médico esté de acuerdo en conformarse con las Leyes Federales de Derechos Civiles que aseguran que proveerán interpretación para los individuos que no dominan el inglés.
- Tener una evaluación y evaluaciones regulares de dolor.
- Educación de pacientes y familias, cuando es apropiado, con respecto a sus papeles en el manejo de dolor.
- De cambiar personal médico si otro personal médico calificado está disponible.

Si un paciente se adjudica incompetente bajo leyes estatales aplicables y decretadas de salud y seguridad por un tribunal de la jurisdicción apropiada, los derechos del paciente serán ejercitadas por la persona designada bajo la ley estatal de actuar en nombre del paciente.

Si un tribunal estatal no ha adjudicado un paciente incompetente, cualquier representante legal designado por el paciente de acuerdo con leyes estatales, puede ejercitar los derechos del paciente hasta lo permitida por ley estatal.

**RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

- Ser considerado a otros pacientes y personal y asistir con el control de ruido, comer, u otras distracciones.
- Respeto de la propiedad de otros y del centro médico.
- Divulgar si entiende claramente el curso de tratamiento previsto y lo que se espera de él.
- Presentarse a citas y, cuando no puede presentarse por cualquier razón, notificar al centro médico y al médico.
- Proveer a los cuidadores la información más exacta y completa con respecto a quejas ocurriendo, enfermedades previas y hospitalizaciones, medicamentos, cambios inesperados en la condición del paciente, o cualquier otro asunto de la salud del paciente.
- Observar las reglas prescritos del centro médico durante su estadía y tratamiento y, si las instrucciones no se siguen, pérdida de cuidado en el centro médico.

**East West Surgery Center**  
2041 Mesa Valley Way Suite 125  
Austell, GA 30106-1149  
(678) 309-8100

- Puntualmente satisfacer sus obligaciones financieras al centro médico.
- Identificación de cualquier preocupación de la seguridad de los pacientes.

**AGRAVIOS O QUEJAS DEL PACIENTE**

Para levantar una queja o agravo usted puede ponerse en contacto con el Administrador del centro medico al (678) 309-8100 o por correo al:

**East West Surgery Center**  
2041 Mesa Valley Way Suite 125  
Austell, GA 30106-1149

Quejas y agravios pueden ser levantadas por:  
Georgia Department of Human Resources  
Office of Regulatory Services/Health Care Section  
Two Peachtree St. NW  
Suite 33.250  
Atlanta, GA 30303  
(404) 657-5550

O

State of Georgia, CMS Regional Office  
61 Forsyth Street, Suite 4T20  
Atlanta, GA 30303-8909  
(404) 562-7586

Beneficiarios de Medicare pueden recibir información con respeto a sus opciones bajo Medicare y sus derechos y protecciones en visitar nuestro sitio Web de la Oficina del Medicare Beneficiary Ombudsman al:  
[www.cms.hhs.gov/center/ombudsman.asp](http://www.cms.hhs.gov/center/ombudsman.asp).

**NOTIFICACIÓN DIRECTIVA ANTICIPADA**

En el estado de Georgia, todos los pacientes tienen el derecho de participar en sus propias decisiones sobre el cuidado médico y de hacer Directivas Avanzadas o de ejecutar Poder de Representación que autorizan a otras para tomar decisiones en su nombre basada en los deseos expresados del paciente cuando el paciente es incapaz de tomar decisiones o incapaz de comunicar decisiones. East West Surgery Center respeta y mantiene estos derechos.

Sin embargo, desemejante a un centro de cuidado grave, en East West Surgery Center no es rutinario realizar procedimientos “de riesgo elevado”. Mientras que no hay cirugía sin riesgo, la mayoría de los procedimientos realizados en este centro médico se consideran de riesgo mínimo. Usted discutirá los específicos

de su procedimiento con su médico quien puede contestar sus preguntas en cuanto a sus riesgos, recuperación prevista, y cuidado después de su cirugía.

Por lo tanto, es nuestra política, sin importar el contenido de una Directiva Avanzada o instrucciones de un sustituto o un abogado-de-hecho, si un acontecimiento adverso ocurre durante su tratamiento en nuestro centro médico, nosotros iniciaremos evaluaciones de resucitar u otras medidas y les transferiremos a un hospital de cuidado grave para evaluación adicional. En el hospital de cuidado grave, más tratamientos o el retiro de medidas de tratamiento vigentes serán pedidos de acuerdo con sus deseos, Directivas Avanzadas, o Poder de Representación de cuidado médico. Su acuerdo con la política de este centro médico no revocará ni invalidará ninguna directiva de cuidado médico o Poder de Representación de cuidado médico.

Si usted desea completar una Directiva Avanzada, las copias de los formularios estatales oficiales están disponibles en nuestro centro médico.

Si usted no está de acuerdo con la política de este centro médico, con mucho gusto le asistiremos en cambiar la hora de su procedimiento.

**ACCESO DE PROPIEDAD**

East West Surgery Center es orgulloso de tener un número de médicos de alta calidad invertidos en nuestro centro médico. Su inversión les permite tener una voz en la administración de políticas de nuestro centro médico. Esta participación ayuda a asegurar la más alta calidad de cuidado quirúrgico para nuestros pacientes. Su médico **tiene /no tiene (marque como apropiado)** un interés financiero en este centro médico.

Firmando este documento, reconozco que he leído y entiendo su contenido:

Firma del paciente/representante del paciente

Fecha