



¡Bienvenido a la Clínica de Salud Familiar Brighter Beginnings!

Nos sentimos honrados de que nos haya elegido como su hogar médico primario. Su salud y bienestar son nuestras principales prioridades y estamos comprometidos a brindarle una atención integral y compasiva.

Su primera cita es un momento para que lo conozcamos y recopilemos información. Durante esta visita, tendrá la oportunidad de conocer a su proveedor de atención médica y a su equipo de atención, compartir su historial médico y autorizar el acceso a sus registros anteriores. Usted y su proveedor desarrollarán un plan personalizado para abordar sus necesidades de salud y bienestar, incluida la determinación del momento de las visitas de seguimiento.

Te pedimos que completes los siguientes formularios que nos permiten brindar atención de calidad y servicios de atención médica adaptados a sus necesidades. Guarde esta primera página para su propia revisión y háganos saber si tiene alguna pregunta.

Gracias,

Su equipo de atención de Brighter Beginnings

877-427-7134

Su proveedor de atención primaria seleccionado es:

Horarios y Direcciones de las Clínicas

BBFHC-Richmond:

2727 Macdonald Ave Richmond Ca 94804

Lunes a viernes: 8 a. m. a 6 p. m.

BBFHC-Antioch LoneTree:

3505 Lone Tree Way Suite 1, Antioch Ca 94509

Lunes a viernes: de 8 a. m. a 6 p. m., todos los días excepto el miércoles cierra a las 5:30 p. m.

BBHFC-Antioch Centro (Para servicios prenatales, de salud de la mujer y pediátricos)

512 W 5th St, Antioch Ca 94509

Lunes y miércoles 9:30 am-6 pm

Portal del Paciente

Regístrese en la aplicación Healow Patient Portal para acceder directamente a sus registros médicos, acceder a resultados de laboratorio, enviar mensajes a su proveedor, acceder videoconsultas y más. Regístrese después de descargar la aplicación Healow en su teléfono o crea una cuenta en el sitio web: <https://healow.com/apps/jsp/webview/signIn.jsp>.

Utilice el Código de práctica de Brighter Beginnings: JJJBCD.



Emergencias Médicas y Cobertura Fuera del Horario de Atención

Para un acceso continuo a una atención de calidad, ofrecemos las siguientes opciones para emergencias médicas durante y después del horario de atención clínica en Brighter Beginnings Family Health Clinics (BBFHC).

Instrucciones:

1. Llame al 9-1-1 si cree que tiene una emergencia médica que requiere atención inmediata.
2. Para casos que no sean de emergencia, puede llamar para hablar con el servicio de contestación fuera del horario de trabajo de Brighter Beginnings con una enfermera asesora llamando directamente a la clínica: Antioch (925-303-4780) o Richmond (510-236-6990).
3. Los pacientes que tienen Contra Costa Health Plan (CCHP) también pueden llamar a la enfermera asesora de CCHP al 1-877-661-6230 opción 1. Esta cobertura fuera del horario de atención está abierta las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
4. Si necesita hablar con nosotros sobre otros asuntos como programación, facturación u otros servicios, llame durante el horario comercial normal.

Política de Cancelación/Retraso

Si no puede asistir a una cita programada, le pedimos que llame a nuestra oficina al menos 24 horas hábiles antes de la hora de su cita.

Después de dos “no presentaciones, no llamadas” o cancelaciones tardías, se le enviará un aviso por correo. Después de una tercera “no presentación” o cancelación tardía, solo podremos verlo el mismo día, según el espacio disponible. Su capacidad para programar citas futuras se reevaluará después de 3 meses.

LLEGADA TARDÍA: Llámenos para informarnos si llega tarde a una cita. **Si llega más de 15 minutos tarde a una visita, es posible que su proveedor no pueda atenderlo ese día.** Su proveedor decidirá si puede atenderlo, según su horario ese día. Si pueden verlo, es posible que haya que esperar hasta que lo atiendan. Si el proveedor no puede atenderlo, trabajaremos con usted para reprogramar la cita.

Inscripción de Seguro y Escala Móvil de Tarifas

Solicitaremos información sobre el ingreso familiar total de su hogar cada año. Como centro de salud comunitario financiado por HRSA, cada año nos requieren recopilar esa información de todos nuestros pacientes. No compartiremos su información personal; se mantendrá confidencial. Si no proporciona esta información, aún así le brindaremos atención. En BBFHC, **a nadie se le niega atención por no poder pagar.**

Si no tiene seguro, puede solicitar una cita con nuestros especialistas en Inscripción. Está disponible un programa de descuento de escala móvil. No hay ningún costo para aplicar. Los rangos de tarifas de visitas médicas comienzan en \$25 y varían según el tamaño y los ingresos de su hogar. Para solicitar el descuento SFS, deberá proporcionar prueba de ingresos (si paga impuestos, traiga un documento fiscal. Si no paga impuestos, traiga 2 cheques de pago por cada persona que genera ingresos en el hogar. Si no puede proporcionar ninguno de los dos, solicite a un miembro del personal sobre sus opciones).

Esperamos construir una relación duradera y positiva con usted como su proveedor de atención primaria.



LOS FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTO INCLUIDOS A CONTINUACIÓN:

Como se indica en los formularios de registro, le proporcionamos información detallada sobre los formularios de consentimiento que se enumeran a continuación y que se firmaron en el momento del registro:

- Autorización para tratamiento**
- Aviso de prácticas de privacidad
- Intercambio de información sanitaria, incluido el registro de vacunas**
- Autorización para la receta electrónica
- Autorización de contacto en caso de violación de la privacidad
- Autorización para comunicación electrónica
- Exención limitada de HIPAA para servicios remotos
- Consentimiento de Telemedicina**
- Derechos y responsabilidades del paciente
- Aviso de directivas anticipadas**

****Formularios que se revisarán y firmarán anualmente**

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO

La atención médica en nuestras instalaciones es un servicio integral de atención al paciente que aborda una amplia gama de necesidades médicas para pacientes de todas las edades, independientemente de su género, color, raza, credo, origen nacional o discapacidad. El objetivo de la atención médica es:

- Tratar enfermedades, lesiones y discapacidades mediante exámenes, pruebas y procedimientos que ayudan en el diagnóstico y tratamiento.
- Recopilar la información necesaria para diagnosticar y examinar a los pacientes.
- Prevenir o minimizar discapacidades físicas y psíquicas residuales.
- Ayudar a los pacientes a alcanzar su máximo potencial dentro de sus capacidades.
- Acelerar la recuperación y reducir la duración de la rehabilitación funcional.

Entiendo que tengo derecho a tomar decisiones sobre mi atención médica y que todos los procedimientos, tratamientos y sesiones de educación sobre la salud son voluntarios. Entiendo que mi médico u otro proveedor de atención médica proporcionará información sobre cualquier tratamiento o procedimiento recomendado. Si no puedo seguir el plan de atención médica recomendado, informaré a mi equipo de atención médica.

Soy consciente de que aún puedo recibir otros servicios en esta clínica, incluso si decido rechazar un servicio en particular. Conservo el derecho de cambiar de opinión con respecto a los servicios que estoy recibiendo actualmente y puedo solicitar la interrupción de un tratamiento o procedimiento en cualquier momento.

Reconozco que he leído la Autorización para el Tratamiento y los Derechos y Responsabilidades del Paciente y soy consciente de que puedo solicitar copias de los documentos a Brighter Beginnings.

Aviso a los pacientes

Por su seguridad personal, no utilice ningún equipo sin la presencia de un miembro del personal.



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Brighter Beginnings se compromete a proteger su información de salud de conformidad con la ley. Puede revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad disponible en la sala de espera, mediante solicitud o revisando en nuestro sitio web: <https://www.brighter-beginnings.org/>

El Aviso de prácticas de privacidad de Brighter Beginnings establece:

- Que es nuestra obligación bajo la ley proteger su información personal de salud.
- Cómo podemos usar y divulgar información de salud.
- Sus derechos relacionados con su información personal de salud.
- Nuestros derechos a cambiar nuestro Aviso de prácticas de privacidad.
- Cómo presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.
- Las Condiciones que aplican a los usuarios y divulgaciones no están descritas en este Aviso.
- La información de contacto para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

Para obtener más información, consulte:

<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html>

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Este aviso entra en vigor a partir de xxxxx

Consentimiento para el intercambio de información médica

Los proveedores de Brighter Beginnings Family Health Clinics (BBFHC) utilizan un sistema de registros médicos electrónicos (EMR) que permite la recepción, transmisión y almacenamiento electrónicos de registros médicos de pacientes e información de salud protegida (PHI). Este sistema EMR cumple con HIPAA y está encriptado para proteger su información confidencial.

Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento enviando una declaración por escrito a Brighter Beginnings Family Health Clinics. A menos que se revoque, este consentimiento es válido hasta la fecha de vencimiento que se indica a continuación (si está en blanco: el consentimiento vence después de 1 año).

¿Qué es HIPAA?

Todos los registros médicos son confidenciales según las regulaciones federales de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996.

Si doy mi consentimiento ¿qué podréis hacer?

Al firmar este documento y dar su consentimiento, le dará permiso a BBFHC para acceder a sus registros médicos electrónicos de sus proveedores de atención médica y otras organizaciones de atención médica que también participan en el intercambio de información médica, incluidos los registros farmacéuticos centralizados.

¿Estoy renunciando a mis derechos de privacidad si doy mi consentimiento?

Su derecho a la privacidad no se renuncia cuando le da a BBFHC su aprobación para acceder a sus registros médicos a través de esta plataforma. Con este acuerdo no se renuncia a la confidencialidad de su información de salud.

¿Qué pasa si no doy mi consentimiento?

Como paciente, no es necesario que proporcione su aprobación o consentimiento. Seguirá recibiendo tratamiento médico según la información puesta a disposición de BBFHC, incluida cualquier información que pueda proporcionar. Sin embargo, es posible que BBFHC no tenga acceso a información importante relacionada con su salud, tratamiento y atención si decide no dar su consentimiento.



Notificación en Caso de Violación de Confidencialidad

Según la regulación HIPAA, estamos obligados a avisar en caso de una violación de la información médica protegida de un paciente. El aviso se proporcionará mediante el envío de una carta, teléfono, o verbalmente y la autorización para notificar al paciente es continua incluso si el paciente finaliza los servicios con Brighter Beginnings. Su autorización de notificación puede revocarse escribiendo al Oficial de Privacidad de Brighter Beginnings en 2727 Macdonald Ave, Richmond CA 94804.

Consentimiento Registro de Vacunación

Brighter Beginnings participa en una base de datos estatal de vacunas y pruebas cutáneas de tuberculosis llamada Registro de Inmunizaciones de California (CAIR). Cuando un paciente recibe cualquier vacuna o prueba cutánea de tuberculosis en Brighter Beginnings, esta información se comparte con la base de datos de CAIR.

CONSENTIMIENTO PARA RECETAS ELECTRÓNICAS E HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

Entiendo que, como parte de mi registro médico electrónico, Brighter Beginnings Family Health Clinic transmitirá mis recetas electrónicamente, según lo permitido, a la farmacia que delegó como mi proveedor farmacéutico principal. Además, Brighter Beginnings Family Health Clinic obtendrá el historial de todas mis recetas anteriores que datan de hace dos años de los administradores de beneficios de farmacia y entiendo que esas recetas pasarán a formar parte de mi registro médico electrónico.

La prescripción electrónica reduce en gran medida los errores de medicación y mejora la seguridad del paciente.

Características de nuestro **Prescribe** El programa incluye:

- *Transacciones de formulario y beneficios*- Nos proporciona información sobre qué medicamentos están cubiertos por el plan de beneficios de medicamentos.
- *Transacciones del historial de medicamentos*.- Nos proporciona información sobre los medicamentos que ya está tomando.
- *Llenar notificación de estado*- Nos envía un aviso electrónico de que su receta ha sido retirada.

AUTORIZACIÓN PARA CONTACTAR EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE LA PHI

Autorizo a Brighter Beginnings a avisarme por correo, por teléfono o verbalmente en caso de que Brighter Beginnings infrinja mi información médica protegida (PHI). Brighter Beginnings deberá documentar dicha conversación.

De conformidad con la Regla final de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) que modifica las Reglas de Privacidad, Seguridad, Cumplimiento y Notificación de Infracciones de HIPAA, la notificación por carta, verbal o telefónica que se me proporcione de conformidad con esta autorización no será simplemente para conveniencia administrativa de Brighter Beginnings.

Esta autorización es continua incluso después de que finalice los servicios con Brighter Beginnings. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al Oficial de Privacidad en 2727 Macdonald Ave, Richmond, CA 94804.



AUTORIZACIÓN PARA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

Para mi comodidad, por la presente solicito que Brighter Beginnings se comunique conmigo con respecto a mi tratamiento a través de comunicaciones electrónicas (marque una casilla):

- Doy permiso para contactar únicamente por correo electrónico
- Doy permiso para contactarme solo por mensaje de texto
- Doy permiso para contactarme por correo electrónico y mensaje de texto
- Por favor no se comunique conmigo por correo electrónico o mensaje de texto.

Entiendo que esto significa que Brighter Beginnings y/o mis proveedores tratantes me transmitirán mi información de salud protegida, como información sobre mis citas, diagnóstico, medicamentos, progreso y otra información de identificación individual sobre mi tratamiento, a través de comunicaciones electrónicas.

Entiendo que existen riesgos inherentes a la transmisión electrónica de información por correo electrónico, Internet, mensajes de texto o de otro modo, y que dichas comunicaciones pueden perderse, retrasarse, interceptarse, corromperse o alterarse de otro modo, quedar incompletas o no cumplir con sea entregado. Además, entiendo que cualquier información de salud protegida transmitida a través de comunicaciones electrónicas de conformidad con esta autorización no será cifrada. Dado que no se puede garantizar que la transmisión electrónica de información sea segura o esté libre de errores y su confidencialidad puede ser vulnerable al acceso de terceros no autorizados. Por este motivo, se recomienda que cualquier comunicación altamente confidencial se realice en persona, por teléfono o mediante el Servicio Postal de EE. UU. para proteger su confidencialidad.

Entiendo que en caso de que ya no desee recibir comunicaciones electrónicas de Brighter Beginnings, puedo revocar esta autorización enviando un aviso por escrito a Brighter Beginnings en 2727 Macdonald Ave Richmond, CA 94804. Esta autorización no permite la transmisión electrónica de mis datos protegidos. información de salud a terceros, y entiendo que debo ejecutar una autorización por separado para que mi información de salud protegida sea divulgada a terceros.

Brighter Beginnings Limited Exención HIPAA para servicios remotos

Durante la pandemia de COVID-19, algunos de los servicios de Brighter Beginnings se brindarán fuera de los edificios de Brighter Beginnings a través de medios alternativos (es decir, por teléfono o electrónicamente a través de plataformas virtuales/en línea). Todos nuestros servicios son confidenciales; sin embargo, la prestación de servicios a través de medios alternativos presenta limitaciones de confidencialidad únicas.

Al dar su consentimiento a los servicios virtuales a través de una plataforma virtual, usted acepta que estos servicios serán privados y confidenciales y Sólo aquellos que usted apruebe podrán escuchar u observar.. Usted acepta que usted o cualquier otra persona en su hogar no registrará la prestación de ningún servicio.

Nos esforzamos por proteger su información de salud privada dentro de nuestros registros de casos electrónicos que cumplen con HIPAA, que incluyen notas de progreso y planes individuales de tratamiento/administración de casos.

Es posible que haya tecnología que consideremos útil para usar con usted o su hijo en el curso de nuestro tratamiento o gestión de casos, que sea demasiado nueva o que no haya sido diseñada para usarse clínicamente y que pueda no cumplir con los estándares HIPAA.

Estos incluyen, entre otros: Juegos digitales utilizados para terapia de juego (por ejemplo, consolas Xbox, Nintendo, PlayStation y juegos de PC, etc.)

Si acepta permitirnos trabajar con estas tecnologías, le solicitamos que acepte una renuncia limitada a sus derechos de privacidad de HIPAA y comprenda que, aunque intentaremos con toda diligencia debida



proteger su privacidad o la de su hijo mientras y después de usarlas, nuestra capacidad para hacerlo puede estar limitada.

Consentimiento de Telemedicina

1. Autorizo a Brighter Beginnings a permitirme a mí/al paciente participar en un servicio de telemedicina ya sea por video o por teléfono (videoconferencia).
2. El tipo de servicio que se brindará mediante telemedicina es: Servicios de atención primaria/Servicios de salud conductual.
3. Entiendo que este servicio no es lo mismo que una visita directa al paciente/proveedor de atención médica, porque yo/el paciente no estaremos en la misma habitación que el proveedor de atención médica que realiza el servicio. Entiendo que partes de mi atención y tratamiento o los del paciente que requieren pruebas o exámenes físicos pueden ser realizados por proveedores y su personal en mi ubicación o la del paciente bajo la dirección del proveedor de atención médica de telemedicina, es decir, evaluaciones y signos vitales físicos y mentales. .
4. Mi médico o el del paciente me ha explicado completamente la naturaleza y el propósito de la tecnología de videoconferencia y también me ha informado sobre los riesgos, beneficios y complicaciones esperados (de causas conocidas y desconocidas), las molestias y los riesgos que pueden surgir durante la telemedicina. sesión, así como posibles alternativas a las sesiones propuestas, incluidas las visitas al médico en persona. También se han discutido los riesgos que conlleva no utilizar sesiones de telemedicina. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas completa y satisfactoriamente.
5. Entiendo que existen riesgos potenciales en el uso de esta tecnología, que incluyen, entre otros, interrupciones, acceso no autorizado por parte de terceros y dificultades técnicas. Soy consciente de que mi proveedor de atención médica o el del paciente o yo podemos suspender el servicio de telemedicina si creemos que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.
6. Entiendo que la sesión de telemedicina no será grabada en audio o video en ningún momento.
7. Acepto permitir que mi información de atención médica o la del paciente se comparta con otras personas con el fin de programar y facturar. Acepto permitir que personas distintas a mi proveedor de atención médica o al paciente (es decir, intérprete) y al proveedor de atención médica remota estén presentes durante mi servicio de telemedicina o el del paciente para operar el equipo de video, si es necesario. Además, entiendo que se me informará de su presencia durante los servicios de telemedicina. Reconozco que si motivos de seguridad exigen la presencia de personas adicionales, es posible que no se necesite mi permiso o el de mi tutor.
8. Reconozco que tengo derecho a solicitar lo siguiente:
 - a. Omisión de detalles específicos de mi historial médico/examen físico o del del paciente que sean personalmente sensibles, o
 - b. Pedir al personal no médico que abandone la sala de telemedicina en cualquier momento si no es obligatorio por motivos de seguridad, o
 - c. Terminación del servicio en cualquier momento.
9. Cuando el servicio de telemedicina se utiliza durante una emergencia, entiendo que es responsabilidad del proveedor de telemedicina informar a mi proveedor de atención médica local o al del paciente sobre la atención y el tratamiento necesarios.
10. Es responsabilidad del proveedor de telemedicina concluir el servicio al finalizar la conexión de videoconferencia.
11. Yo/el paciente entiendo que tanto el proveedor de atención médica local como el proveedor de atención médica de telemedicina facturará a mi seguro o al del paciente por los servicios de telemedicina. Yo/el paciente entiendo que si mi seguro no cubre los servicios de telemedicina, el proveedor de atención médica local y el proveedor de atención médica de telemedicina me facturará directamente a mí/al paciente por la prestación de los servicios de telemedicina.
12. Mi consentimiento o el del paciente para participar en este servicio de telemedicina permanecerá vigente durante la duración del servicio específico identificado anteriormente, o hasta que revocar mi consentimiento por escrito.
13. Yo/el paciente aceptó que no se han ofrecido garantías ni seguridades sobre los resultados de este servicio.



14. Yo/el paciente reconocemos la política de no presentación del programa de telemedicina que establece que Yo/el paciente seremos dados de alta del programa de telemedicina si yo/el paciente no me presento a 3 citas de telemedicina consecutivas, sin contacto previo con el personal de programación en el sitio de radio. Cancelar el mismo día La acción se considera una no presentación.
15. Confirмо que he leído y entiendo completamente la información proporcionada anteriormente.
16. Las citas de telesalud pueden realizarse hasta 15 minutos antes o después de la hora programada.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Derechos del Paciente

- A. Acceso a la atención: A las personas se les deberá otorgar acceso imparcial al tratamiento o adaptaciones en cuanto a sus solicitudes y necesidades de tratamiento o servicios que estén dentro de la capacidad, disponibilidad, misión declarada y las leyes y regulaciones aplicables de la clínica de salud.
- B. Respeto y Dignidad: Todo individuo, ya sea adulto, adolescente o recién nacido, tiene derecho a una atención considerada y respetuosa en todo momento y en toda circunstancia, con reconocimiento de su dignidad personal y de las variables psicosociales, espirituales y culturales que influyen en su percepción de la enfermedad. .
- C. Privacidad y confidencialidad: El paciente (o su padre o representante legal designado) tiene derecho, dentro de la ley, a la privacidad personal e informativa, como se manifiesta en el derecho a:
 1. Recibir el tratamiento adecuado en el entorno menos restrictivo disponible.
 2. Negarse a hablar o ver a cualquier persona que no esté oficialmente relacionada con la clínica de salud, incluidos visitantes o personas oficialmente relacionadas con la clínica de salud pero que no estén directamente involucradas en su atención.
 3. Use ropa personal adecuada y artículos religiosos o simbólicos de otro tipo, siempre que no interfieran con los procedimientos de diagnóstico o tratamiento.
 4. Ser entrevistado y examinado en un entorno diseñado para garantizar una privacidad audiovisual razonable. Esto incluye el derecho a tener una persona del mismo sexo presente durante ciertas partes de un examen físico, tratamiento o procedimiento realizado por un profesional de la salud del sexo opuesto.
 5. Espere que cualquier discusión o consulta que involucre el caso del paciente, ya sea adulto, adolescente o recién nacido, se lleve a cabo de manera discreta y que las personas que no estén directamente involucradas en su atención no estén presentes sin su permiso.
 6. Tiene derecho a revisar sus registros médicos y a que le expliquen la información, excepto cuando lo restrinja la ley.
 7. Hacer que los registros médicos sean leídos únicamente por personas directamente involucradas en el tratamiento o el monitoreo de su calidad, y por otras personas solo con la autorización escrita del paciente (o sus padres o representante legal designado). Cuando los registros se entregan a las aseguradoras, se enfatiza esa confidencialidad.
 8. Espere que todas las comunicaciones y otros registros relacionados con su atención, incluida la fuente de pago del tratamiento, sean tratados de forma confidencial.
 9. Será colocado en privacidad protectora cuando se considere necesario para la seguridad personal.
- D. Seguridad personal: El paciente, ya sea adulto, adolescente o recién nacido, tiene derecho a esperar una seguridad razonable en la medida en lo que respecta a las prácticas clínicas de salud y al entorno. Esto incluye el derecho a un entorno de tratamiento humano que proporcione una protección razonable contra daños y una privacidad adecuada por motivos personales.



- E. Identidad: El paciente (o sus padres o representante legal designado) tiene derecho a conocer la identidad y el estado profesional de las personas que le brindan servicios y a saber qué médico u otro profesional es el principal responsable de su atención.
- F. Información: El paciente (o sus padres o representante legal designado) tiene derecho a obtener del médico responsable de la coordinación de su atención información completa y actualizada sobre su diagnóstico (en la medida en que se conozca), tratamiento y cualquier pronóstico.
- G. Comunicación: Cuando el paciente (o sus padres o representante legal designado) no habla o comprende el idioma predominante de la comunidad, debe tener acceso a un intérprete.
- H. Consentimiento: El paciente (o sus padres o representante legal designado) tiene derecho a la información necesaria que le permita, en colaboración con el profesional de la salud, tomar decisiones de tratamiento relacionadas con su atención médica que reflejen su sus deseos.
- I. Consulta: El paciente (o sus padres o representante legal designado) tiene derecho a aceptar atención médica o rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley y a ser informado de las consecuencias médicas de dicho rechazo. Cuando el rechazo del tratamiento por parte del paciente (o sus padres o representante legal designado) impide la prestación de atención adecuada de acuerdo con los estándares éticos y profesionales, la relación con el paciente puede terminarse mediante un aviso razonable.
- J. Transferencia y continuidad de la atención: un paciente tiene derecho a esperar que la clínica de salud brinde los servicios de salud necesarios lo mejor que pueda. Se puede recomendar tratamiento, derivación o transferencia. Si se recomienda o solicita el traslado, se informará al paciente de los riesgos, beneficios y alternativas.
- K. Delineación de los derechos del paciente: Los derechos del paciente se pueden delinear en nombre del paciente, en la medida permitida por la ley, al tutor del paciente, al familiar más cercano o a la persona responsable legalmente autorizada.
- L. Reglas y regulaciones: El paciente (o sus padres o representante legal designado) debe ser informado de las reglas y regulaciones de la clínica de salud aplicables a su conducta como paciente.

Responsabilidades del paciente

- A. El paciente (o sus padres o representante legal designado) tiene la responsabilidad de proporcionar, según su leal saber y entender, información precisa y completa sobre quejas presentes, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
- B. El paciente (o sus padres o representante legal designado) tiene la responsabilidad de informar cambios inesperados en su condición al médico responsable. El paciente es responsable de hacer saber si comprende claramente el curso de acción previsto y lo que se espera de él.
- C. Un paciente (o sus padres o representante legal designado) es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por el médico principal responsable de su atención.
- D. El paciente (o sus padres o representante legal designado) es responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del médico. Si el paciente no puede continuar con el tratamiento, es responsable de informar al médico principal responsable de su atención.
- E. El paciente (o sus padres o representante legal designado) es responsable de seguir las reglas y regulaciones del centro de salud que afectan la atención y la conducta del paciente.
- F. El paciente (o sus padres o representante legal designado) es responsable de ser considerado con los derechos de otros pacientes y del personal. El paciente es responsable de ser respetuoso con la propiedad de otras personas y de la clínica de salud.



- G. La salud de un paciente depende no sólo de sus cuidados sino, a largo plazo, de las decisiones que toma en su vida diaria. Es responsable de reconocer el efecto del estilo de vida en su vida personal.

DIRECTIVA AVANZADA

Una directiva anticipada es un documento legal que permite a una persona dar instrucciones sobre atención médica futura o designar a otra persona para tomar decisiones médicas si pierde la capacidad de tomar decisiones. Las Directivas Anticipadas son los siguientes instrumentos escritos: El Testamento Vital y El Poder Duradero para la Atención Médica.

El testamento vital

Cualquier persona adulta puede, en cualquier momento, hacer una declaración por escrito ordenando la retención o el retiro de procedimientos de soporte vital en caso de que dicha persona tenga una condición terminal e irreversible o se encuentre en un estado de coma profundo y continuo sin posibilidades razonables de recuperación.

El poder notarial duradero

Cualquier persona adulta puede, en cualquier momento, mediante la ejecución de un poder notarial duradero, designar a otra persona para que tome decisiones de tratamiento por él/ella en caso de que dicha persona pueda participar activamente en su propio nombre.

Por favor lea las siguientes declaraciones:

- Me han informado de mis derechos para formular directivas anticipadas.
- Entiendo que Brighter Beginnings puede proporcionarme un formulario de directiva anticipada.
- Entiendo que no estoy obligado a tener una Directiva Anticipada para poder recibir tratamiento médico en Brighter Beginnings.

Información adicional sobre directivas anticipadas:

Tiene derecho a tomar decisiones sobre el tratamiento médico.

Puede utilizar una Directiva anticipada de atención médica para indicar quién quiere que hable por usted y qué tipo de tratamientos desea en caso de que alguna vez se enferme demasiado para tomar decisiones sobre su atención médica.

En California, la parte de una directiva anticipada que puede utilizar para nombrar a un agente para tomar decisiones de atención médica se llama poder notarial para la atención médica. La parte donde usted puede expresar lo que quiere que se haga se llama Instrucción Individual de Atención Médica.

¿Quién puede hacer una directiva anticipada?

Puede hacerlo si tiene 18 años o más y es capaz de tomar sus propias decisiones médicas. No necesitas un abogado.

¿A quién puedo nombrar como mi agente?

Puede elegir a un familiar adulto o cualquier otra persona en quien confie para que hable por usted cuando se deban tomar decisiones médicas.

¿Cuándo comienza mi agente a tomar mis decisiones médicas?

Por lo general, un agente de atención médica tomará decisiones sólo después de que usted pierda la capacidad de tomarlas usted mismo. Pero, si lo desea, puede indicar en el poder para atención médica que



desea que el agente comience a tomar decisiones de inmediato.

¿Cómo sabe mi agente lo que quiero?

Después de elegir a su agente, hable con esa persona sobre lo que desea. A veces es difícil tomar decisiones sobre el tratamiento y es realmente útil que su agente sepa lo que usted quiere. También puede escribir sus deseos en su directiva anticipada.

¿Qué pasa si no quiero nombrar un agente?

Aún puede escribir sus deseos en su directiva anticipada, sin nombrar a un agente. Puede decir que desea que su vida continúe el mayor tiempo posible o puede decir que no desearía que el tratamiento continuará con su vida. También podrá expresar sus deseos sobre el uso de analgésicos o cualquier otro tipo de tratamiento médico. Incluso si no ha completado una Instrucción de atención médica individual por escrito, puede discutir sus deseos con su médico y pedirle que los incluya en su registro médico. O puede discutir sus deseos con sus familiares o amigos. Pero probablemente será más fácil cumplir tus deseos si los escribes.

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Puede cambiar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento siempre que pueda comunicar sus deseos. Para cambiar a la persona que desea que tome sus decisiones de atención médica, debe firmar una declaración o informarle al médico a cargo de su atención.

¿Qué sucede cuando otra persona toma decisiones sobre mi tratamiento?

Las mismas reglas se aplican a cualquier persona que tome decisiones de atención médica en su nombre: un agente de atención médica, un sustituto cuyo nombre le dio a su médico o una persona designada por un tribunal para tomar decisiones por usted. Todos deben seguir sus instrucciones de atención médica o, si no hay ninguna, sus deseos generales sobre el tratamiento, incluida la interrupción del tratamiento. Si no se conocen sus deseos de tratamiento, el sustituto debe intentar determinar qué es lo mejor para usted. Las personas que le brindan atención médica deben seguir las decisiones de su agente o sustituto, a menos que el tratamiento solicitado sea una mala práctica médica o no sea efectivo para ayudarlo. Si esto causa un desacuerdo que no se puede resolver, el proveedor debe hacer un esfuerzo razonable para encontrar otro proveedor de atención médica que se haga cargo de su tratamiento.

¿Seguiré recibiendo tratamiento si no hago una directiva anticipada?

Absolutamente. Aún recibirá tratamiento médico. Sólo queremos que sepa que si se enferma demasiado para tomar decisiones, otra persona tendrá que tomarlas por usted.

Recuerda eso:

- UN PODER NOTARIAL PARA ATENCIÓN MÉDICA le permite nombrar a un agente para que tome decisiones de tratamiento por usted. Su agente puede tomar la mayoría de las decisiones médicas, no sólo aquellas relacionadas con el tratamiento de soporte vital cuando usted no puede hablar por sí mismo. También puede dejar que su agente tome decisiones antes, si lo desea.
- Puede crear una Instrucción de atención médica individual escribiendo sus deseos sobre su atención médica o hablando con su médico y pidiéndole que registre sus deseos en su expediente médico. Si sabe cuándo desea o no ciertos tipos de tratamiento, una atención sanitaria individual proporciona una buena manera de dejar claros sus deseos a su médico y a cualquier otra persona que pueda estar tomando decisiones sobre el tratamiento en su nombre.

Si desea completar una directiva anticipada y/o designar un poder notarial, el personal de Brighter Beginnings puede proporcionarle un formulario para completar: <https://calhospital.org/file/advance-health-care-directive/>