

# Derechos y responsabilidades del paciente

## Cada paciente tiene derecho a:

- Ser tratado con dignidad y respeto sin distinción de raza, color, credo, identidad de género, preferencia sexual, edad, origen nacional o étnico, diagnóstico o método de pago.
- Ser libre de maltrato, negligencia o abuso verbal, mental, sexual y físico, y apropiación indebida de la propiedad del cliente/paciente.
- Recibir información sobre los servicios disponibles, la cobertura del seguro y otros cargos, por escrito u oralmente, si corresponde.
- Ser informado de antemano sobre cualquier cambio en la atención o el tratamiento en lo que respecta a su bienestar.
- Hablar con un profesional de la salud y recibir asesoramiento sobre la terapia recetada para alcanzar el nivel más alto de cuidado y bienestar.
- Tomar decisiones informadas sobre su cuidado y participar activamente en la planificación de dicho cuidado.
- Recibir información sobre la filosofía y las características del programa del manejo de pacientes, incluyendo información adicional con respeto a los servicios que se ofrecen en la farmacia. Trabajamos en conjunto con la compañía de seguro del paciente, el médico y el mismo paciente para coordinar la atención y obtener lo máximo de su terapia.
- Recibir información sobre el programa del manejo de pacientes.
- Tener información de salud protegida compartida con el programa del manejo de pacientes de acuerdo con la ley aplicable.
- Continuidad de atención y servicio ofrecido por nuestro personal calificado a través de su educación y experiencia para realizar el servicio del cual son responsables.
- Rechazar el tratamiento, dentro de los límites de la ley, después de haber sido informado de las consecuencias de dicha acción y también demuestre el entendimiento de cuya decisión.

- Confidencialidad y privacidad en el tratamiento y la atención, los registros del paciente, más el derecho a rechazar su divulgación a cualquier persona fuera de la farmacia, excepto según lo exija la ley.
- Expresar sus reclamos y quejas además de ser informados del procedimiento para registrar reclamos sin retaliación, coerción o interrupción irrazonable de los servicios.
- Rechazar, revocar o cancelar su consentimiento y participación en el programa del manejo de pacientes en cualquier momento.
- Recibir información administrativa sobre cambios o la terminación del programa del manejo de pacientes.
- Identificar al personal del programa, incluyendo sus títulos de trabajo, y hablar con un supervisor si lo solicita.

### **Cada paciente es responsable de:**

- Proporcionar información correcta y completa sobre su historial médico.
- Aceptar un horario de servicios e informar cualquier cancelación de servicios programados.
- Participar en el desarrollo y actualización de un plan de atención.
- Comunicar si entiende claramente el curso de su tratamiento y su plan de atención.
- Seguir el plan de atención.
- Reportar problemas, cambios inesperados en la condición física, hospitalizaciones, inquietudes o quejas.
- Aceptar la responsabilidad de sus acciones si rechaza el tratamiento.
- Cumplir obligaciones financieras por bienes y servicios prestados.
- Suplir información clínica y de contacto personal correcta, además de notificar al programa del manejo de pacientes de cambios en esta información. Esto incluiría cambios en la dirección, número de teléfono o cobertura de seguro.
- Enviar cualquier formulario que sea necesario para participar en el programa, exigido por la ley.
- Notificar a su médico de su participación en el programa del manejo de pacientes, si corresponde.

# Reconocimiento de derechos y responsabilidades del paciente de Publix Pharmacy

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido una copia del aviso de reconocimiento de derechos y responsabilidades de Publix Pharmacy en la fecha firmada a continuación.

---

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

---

Firma del paciente Fecha

Si este formulario está firmado por alguien que no es el paciente mencionado anteriormente (por ejemplo, un padre/guardián/representante legal), proporciona el nombre del firmante y su autoridad para actuar en nombre del paciente.

---

Firmado por (en letra de imprenta)

---

Autoridad para firmar en nombre del paciente

---

## SOLO PARA USO INTERNO

Si este reconocimiento no está firmado, proporciona una descripción de tus esfuerzos para obtener el reconocimiento firmado y la razón por la cual no se obtuvo el reconocimiento.

---

---

---

Nombre impreso Fecha