

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