

SUS DERECHOS COMO PACIENTE DEL BVCHC

Ser informado sobre mis derechos durante la visita al BVCHC, o siempre que altere las declaraciones de derechos, y mediante solicitudes verbales o por escrito.

Ser informado de mis derechos y recibir servicios en un idioma y forma que yo entienda.

Expresar una preocupación o estar de acuerdo con los servicios, equipo o operación del centro y tener las preocupaciones investigadas y recibir una resolución para estas preocupaciones.

No tener servicios denegados debido a la raza, religión, sexo, orientación sexual, etnia, edad, discapacidad, fuente de apoyo financiero o cualquier otra discapacidad.

Recibir información sobre el costo de los servicios propuestos y prestados para mí o para mi familia y para ser proporcionado a solicitud, información sobre cobranzas facturadas y pagos efectuados.

Para ser proporcionado a petición, información sobre médicos y empleados que prestan cuidados

Para tratamiento y servicios que sean atentos y respetuosos con mis valores y creencias.

- Para la privacidad, seguridad y confidencialidad de toda la información.
- Recibir tratamiento y servicios en un ambiente libre de abuso, negligencia, maltrato, humillación, explotación financiera o cualquier otra violación de los derechos humanos.
- Ser protegido de ser forzado o obligado a hacer algo que no quiero hacer.
- Rechazar servicios de tratamiento o medicación, excepto en situaciones de emergencia, y ser advertido de los riesgos potenciales y del impacto que esto pueda tener en mi proceso de tratamiento.
- Ser informado sobre el derecho de buscar una segunda opinión
- Ser informado sobre lo siguiente antes de ser invitado a participar en un proyecto de investigación y experimentos
- Rechazarse a participar en cualquier proyecto de investigación sin afectar mi acceso a servicios.
- Ser informado sobre qué esperar durante el proceso de tratamiento
- Ser informado de la responsabilidad del Centro de denunciar el abuso y / o descuidar las agencias de protección apropiadas.
- Estar presente y participar activamente en el desarrollo y revisión de mi tratamiento y servicios.
- Tener un traductor (intérprete), si es necesario.
- Tener familia, tutor o otros que hablan por mí, si no puede.

Recibir información sobre la matrícula en el Servicio de información sobre la salud de la empresa de Rhode Island y BVCHC (MIRTH).

SUS DERECHOS A QUE CONCERNE SU INFORMACIÓN DE SALUD

Para restringir la forma en que usamos y divulgamos su información relacionada con el tratamiento, el pago y las operaciones

Para obtener una copia del Aviso de Privacidad del BVCHC o revisar nuestro aviso en el sitio del BVCHC (www.bvchc.org)

Para acceder, inspeccionar y / o obtener una copia de su PHI a menos que sea determinado o clínicamente desaconsejable y de ser informado de cualquier motivo para la denegación de acceso, sin embargo, individualmente debe hacer esta petición por escrito y cobra una tasa razonable, basada en los costes.

Para corregir / corregir su PHI.

Para obtener una lista de personas para quienes su PHI fue divulgada. Contabilidad de Divulgaciones. Ofrecemos gratuitamente año al año, pero cobramos una tarifa razonable basada en el costo para solicitudes adicionales. Revocar una autorización para usar o divulgar PHI, excepto cuando ya haya procesado la solicitud.

Para registrar una reclamación con el oficial de privacidad o el oficial de la reclamación del BVCHC, Oficina de Derechos Civiles (OCR), HHS o BHDDH, llamando al 1-877-696-6775 si usted siente que sus derechos han sido violados.

SU RESPONSABILIDAD COMO PACIENTE DEL BVCHC

Para tratar al equipo del BVCHC y otros pacientes con respecto y proteger su aislamiento

Para mantener su compromiso programado. Si usted no puede mantener una cita, usted debe llamar con al menos 24 horas de antelación.

Para hacer un pago mínimo de \$ 20,00 dólares, si se coloca en una escala de tasa de pago. El pago es en el momento en que se prestan los servicios.

Para llegar a tiempo. Para observar la política de no fumar

No llevar armas de fuego o armas a cualquier lugar del BVCHC

No traer alcohol o drogas a los locales del BVCHC.

Para reportar cualquier información sobre su condición, incluyendo cambios en su salud o reacción a medicamentos

Para seguir su plan de cuidado según lo acordado por usted y su proveedor

Notificar al BVCHC de cualquier cambio de seguro y de pago por cualesquiera cuotas, franquicias no cumplidas y servicios no cubiertos acordados en el plan de asistencia.