

# Derechos y responsabilidades del paciente

## USTED O SU REPRESENTANTE DESIGNADO TIENEN DERECHO A:

### El cuidado respetuoso, seguro e informado

- Recibir atención compasiva, respetuosa y cortés.
- Hacer respetar su cultura y sus valores personales, creencias y deseos.
- Ser tratado sin discriminación por raza, color, origen nacional, edad, género, orientación sexual, identidad o expresión de género, discapacidad física o mental, religión, origen étnico, idioma o estado socioeconómico.
- Recibir información oportuna y comprensible.
- Tener una copia escrita de sus derechos y responsabilidades.
- Acceder a la información sobre la organización, las calificaciones de su personal y las relaciones contractuales visitando el sitio web [mercyone.org/aco](http://mercyone.org/aco) o solicitando información por escrito mediante un correo electrónico a [phsopatientfeedback@mercydesmoines.org](mailto:phsopatientfeedback@mercydesmoines.org) o llamando al 515-358-9102.

### Privacidad y confidencialidad

- Que los datos de identificación personal y la información médica se mantengan confidenciales y saber qué entidades tienen acceso a la información privada sobre su salud.

### Comunicación efectiva y participación en su atención

- Conozca los nombres y roles de las personas responsables de brindarle atención.
- Solicite otro miembro del personal de administración de atención por correo electrónico a [phsopatientfeedback@mercydesmoines.org](mailto:phsopatientfeedback@mercydesmoines.org) o llamando al 515-358-9102.
- Apoyo de la organización para participar y hacer que su familia o representante designado participe en las decisiones sobre atención, tratamiento o servicios.
- Esté informado y participe en los programas y servicios proporcionados por la organización, incluso aquellos que no están cubiertos por su plan de salud.
- Rechace la atención, el tratamiento o los servicios y sepa qué puede suceder si se niega.

### Cuéntenos sus preocupaciones y dé su opinión

- Comunique sus inquietudes o haga sus comentarios sin que esto afecte negativamente o interrumpa su atención, enviándonos un correo electrónico a [phsopatientfeedback@mercydesmoines.org](mailto:phsopatientfeedback@mercydesmoines.org) o llamando al 515-358-9102.
- Esté informado de que recibimos sus inquietudes o comentarios y se le notificará de cualquier seguimiento.

## USTED O SU REPRESENTANTE DESIGNADO SON RESPONSABLES DE:

- Notificar al personal de administración de atención si no puede seguir el plan de atención acordado mutuamente.
- Proporcionar a MercyOne la información necesaria para brindar servicios personalizados.
- Notificar a su proveedor si decide cancelar la inscripción en los programas.