

Efectos Secundarios Inusuales

Cualquier procedimiento importante que pueda tener un efecto secundario inusual, requiere revisión minuciosa y detallada, y un consentimiento adicional de usted antes de iniciar el tratamiento propuesto.

Revisión de Expedientes

Usted tiene derecho a revisar su expediente (ORS 179.505). Debe llenar el formulario de Solicitud de Información -pida el formulario en la recepción o a su proveedor.

Costo del Tratamiento

Usted tiene el derecho a saber el costo estimado de los servicios, antes de que se le cobre. Una tabla de descuentos basada en sus ingresos está disponible. Usted puede solicitar una copia de la tabla de descuentos.

Se pueden hacer arreglos para un plan de pagos, hablando con la Oficina de facturación (541-766-6715).

Servicios de Cuidado Urgente y/o Emergencia

Usted tiene el derecho a servicios de atención urgente. Si usted necesita servicios de atención urgentes después de nuestro horario de trabajo, llame a nuestra oficina al (541) 766-6835 para información detallada. Si usted está en necesidad de servicios de emergencia vaya a la sala de emergencias o llame al 911.

Directivas de Salud Mental

Usted tiene el derecho de hacer una Declaración del Tratamiento de Salud Mental (ORS 127.703) y recibir ayuda en este proceso.

Proceso de Queja y/o Reclamo

Tiene derecho a presentar una queja o reclamo, libre de represalias por ejercer este derecho. Se le proveerá ayuda si es necesario, presentar la queja y/o reclamo. Para obtener más información consulte el folleto de Quejas y Reclamos de los Clientes de los Servicios del Condado Benton.

Responsabilidades del Cliente

Plan de Tratamiento y/o Cuidado

Usted tiene la responsabilidad de participar en la planificación de su tratamiento y/o cuidado.

Confidencialidad

Proteja la confidencialidad de otros clientes. Favor no identifique a otros como clientes de los Servicios de Salud del Condado Benton o hable de las actividades o inquietudes de los clientes.

Proveyendo información

Llene todas las formas lo mejor que pueda. Si usted necesita ayuda llenando las formas, pida ayuda al personal. Sea honesto con la información que dé sobre usted y sobre otros.

Cortesía

Sea cortés y respetuoso con los demás.

Asistencia

Se espera que llegue a tiempo a su cita. Si tiene que faltar a una cita **favor notificarlo a nuestra oficina tan pronto como sea posible para volver a programarla.**

El Pago del Tratamiento y/o Cuidado

Usted es responsable de pagar su factura de acuerdo a los servicios provistos. Algunos servicios se cobran con un descuento y su factura puede ser reducida.

Seguridad

NO se permiten armas en los Servicios de Salud del Condado Benton. Cualquier amenaza o violencia física resultara en que se le requiera salir de las instalaciones. El personal tomará las medidas adecuadas en cualquier momento que haya un peligro obvio hacia usted u otros,

ADP-0014is LE: 10/04 REV PC: 11/09, Rev. TFS: 3/12, rev: TFS 10/13, rev 6/15, rev 7/19, rev 1/22

Derechos y responsabilidades del cliente



**Benton
County**
OREGON

Servicios de Salud del
Condado Benton
530 NW 27th Street
P.O. Box 579
Corvallis OR 97339-0579
Teléfono: 541-766-6835
TTY: 1-800-735-2900

www.co.benton.or.us/health

Derechos del cliente

Usted tiene derecho a recibir servicios en los Centros de Salud del Condado Benton sin importar su:

- Edad
- Raza / Etnia
- Idioma
- Estado civil
- Discapacidad mental o física
- Religión
- Orientación sexual
- Género
- Identidad de género

Protecciones al Cliente

Usted tiene derecho a:

- Su privacidad, dignidad y respeto
- Su confidencialidad
- Ser protegido de abuso o maltrato físico
- Recibir tratamiento adecuado
- Estar libre de restricción y moderación

Medicamentos

Usted tiene el derecho a:

- Saber por qué un medicamento en particular es recomendado y entender los posibles efectos secundarios.
- Recibir medicamentos específicos para sus necesidades clínicas diagnosticadas, incluidos los medicamentos utilizados para tratar la dependencia de opioides

Derecho a Tratamiento y/o Cuidado

Usted tiene derecho a:

- Elegir su proveedor de cuidado médico primario
- Recibir servicio cortés y oportuno
- Solicitar credenciales y entrenamiento del personal
- Información sobre servicios y recursos en la comunidad y otras opciones de tratamiento disponibles

Su Tratamiento y/o Plan de Servicio

Usted tiene derecho a:

- Participar, definir y desarrollar su tratamiento y/u objetivos de cuidado médico, y a que se le expliquen los servicios con resultados esperados y posibles riesgos
- Tomar una decisión informada y hacer preguntas del por qué el tratamiento y/o cuidado es recomendado
- Ser informado de las políticas y procedimientos, contrato de servicios y precios aplicables a los servicios proveídos
- Tener un padre, tutor, o representante que le ayude a entender la información que se le proporcione
- Recibir una copia del plan de servicio
- Participar en la revisión y la reevaluación periódica de los servicios y el apoyo a las necesidades, incluyendo conclusiones de servicios y/o transferencias
- Tener participación familiar en la planificación de y la entrega de los servicios
- No participar en la experimentación
- Elegir entre servicios y apoyos disponibles que sean:
 - Consistentes con el plan de servicio
 - Proporcionado en el entorno comunitario más integrado posible.
 - Proporcionándole la mayor cantidad de independencia
 - No demasiado limitante a su libertad.
- Elegir que no le cobren mi seguro médico por esta visita específica y pagar el costo total de los servicios sin descuento que me serán dados durante esta visita

Rehusando Tratamiento

Usted tiene derecho a rechazar tratamiento, incluyendo servicios específicos, procedimientos o medicamentos sin sufrir consecuencias.

Confidencialidad

La información acerca de usted es confidencial. Debe dar permiso por escrito antes que podamos compartir información sobre usted a otras personas y/o agencias, a menos que su información sea requerida por proveedores fuera de nuestra clínica por motivos de tratamiento o por las compañías de seguros médicos para recibir pago.

Su información confidencial puede ser dada **sin** su consentimiento **sólo** cuando:

- Hay un peligro obvio hacia usted u otros
- Usted tiene una emergencia médica donde se requiere la información
- Hay una causa razonable de creer que hubo o esta ocurriendo negligencia o abuso hacia un niño, persona adulta, persona con una discapacidad mental o de un paciente en asilo
- Un tribunal ordena liberación de la información bajo ciertas circunstancias limitadas
- Bajo circunstancias limitadas, si usted es menor de edad (dependiendo del tipo de tratamiento recibido)

Consentimiento Informado

Usted tiene derecho a dar su consentimiento informado por escrito antes del inicio de servicios, excepto en una emergencia médica o de otra forma permitida por ley. Menores de edad pueden dar su consentimiento informado a los servicios en las siguientes circunstancias.

- Menor de 18 años de edad y legalmente casado o legalmente emancipado por los tribunales. o
- 15 años de edad o mayor, para cualquier tratamiento médico o dental, o
- 14 años de edad o mayor, para servicios ambulatorios, salud mental o dependencia química únicamente. Para propósitos de consentimiento informado, servicios ambulatorios no incluye el servicio proporcionado en programas residenciales u hospitalización parcial
- Cualquier edad para servicios relacionados con Planificación Familiar