



THE UNIVERSITY OF  
KANSAS HEALTH SYSTEM

**DOWNTIME  
AMBULATORY PATIENT  
RIGHTS**

**No escriba en esta casilla**



DT5259  
AMB Patient Rights

Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

The University of Kansas Hospital se compromete a respetar y proteger los derechos de cada paciente. Respetar estos derechos es una parte importante de su atención. Al proporcionar atención, tratamiento y servicios, no discriminaremos por motivos de edad, raza, etnia, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, situación socioeconómica, sexo, orientación sexual e identidad o expresión de género.

Responderemos a sus solicitudes razonables de tratamiento y a sus necesidades de atención médica. Nuestra respuesta dependerá tanto de la urgencia de su situación como de nuestra capacidad para proporcionarle el tipo de tratamiento que pueda necesitar.

Le animamos a participar en las decisiones sobre su atención médica. Hablando con sus cuidadores y participando activamente en la planificación de sus cuidados, contribuirá a garantizar que la atención que reciba respete su dignidad y se ajuste a sus deseos y valores.

Como paciente nuestro, tiene derecho a:

- Ser tratado de forma digna y respetuosa.
- Que se respeten sus valores, creencias y preferencias culturales, personales y espirituales.
- Recibir atención en un entorno seguro, lo que incluye estar libre de negligencia, acoso, explotación y abuso verbal, mental, físico y sexual.
- Estar libre de restricción o reclusión, de cualquier forma, impuesta como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia por parte del personal. La restricción o el aislamiento solo pueden imponerse para garantizar la seguridad física inmediata del paciente, de un miembro del personal o de otras personas y deben interrumpirse lo antes posible.
- Privacidad.
- Participar en la elaboración y aplicación de su plan de cuidados, incluido el alta y el plan de tratamiento del dolor.
- Aceptar o rechazar cualquier cuidado, tratamiento o servicio y a ser informado de los riesgos de dicho rechazo.
- Consentir o rechazar la participación en investigaciones en cualquier momento. El hospital protege los derechos del paciente durante la investigación y los ensayos clínicos.
- Recibir información sobre la(s) persona(s) responsable(s) de su atención, tratamiento y servicios, así como sobre quienes se los proporcionan.
- Información comunicada de forma adaptada a su edad, idioma y capacidad de comprensión.
- Formular voluntades anticipadas de tratamiento y esperar que dichas voluntades sean respetadas.
- Hacer que un miembro de su familia y/o representante personal y su propio médico sean notificados con prontitud cuando usted ingrese en el hospital.
- Designar a un responsable sustituto para que tome decisiones médicas en su nombre en caso de que usted pierda la capacidad de tomar decisiones.
- Tener un familiar, amigo u otra persona presente con usted para darle apoyo emocional durante su visita.
- Elegir quién puede visitarle durante su estancia, a cambiar de opinión sobre quién puede visitarle y a una explicación de las circunstancias en las que podemos restringir las visitas.
- Confidencialidad de su historial clínico.
- Acceder, solicitar la modificación u obtener información sobre la divulgación de su información médica, de acuerdo con la ley y la normativa, mediante solicitud oral o escrita.
- Ser informado de los recursos disponibles para expresar quejas o reclamaciones relativas a su atención, para que dichas quejas o reclamaciones sean revisadas y, cuando sea posible, resueltas sin temor a represalias.

Si no puede ejercer estos derechos, su tutor legal, pariente más próximo o sustituto legalmente autorizado tiene derecho a ejercerlos en su nombre.

Si necesita ayuda para resolver sus preocupaciones sobre la atención que ha recibido en nuestro Sistema de Salud, póngase en contacto con Relaciones con el Paciente, 913-588-1290. También puede optar por comunicarse directamente con las siguientes organizaciones externas: Línea directa del Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas: 800-842-0078 o La Comisión Conjunta en [jointcommission.org](http://jointcommission.org).

Reconozco que he recibido y entiendo mis derechos como paciente de The University of Kansas Health System.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta de la persona con autoridad para dar el consentimiento  
(Print name of person with authority to consent)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal  
(Patient or Legal Representative Signature)

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente si no es el paciente  
(Relationship to Patient if not the Patient)

\_\_\_\_\_  
Fecha  
(Date)

\_\_\_\_\_  
Hora  
(Time)