

SEUS DIREITOS COMO PACIENTE DO BVCHC

Ser informado sobre meus direitos durante a visita ao BVCHC, ou sempre que alterar as declarações de direitos, e mediante solicitações verbais ou por escrito.

Ser informado dos meus direitos e receber serviços em um idioma e maneira que eu entenda.

Expressar uma preocupação ou concordar com os serviços, equipa ou operação do centro e ter as preocupações investigadas e receber uma resolução para essas preocupações.

Não ter serviços negados devido a raça, religião, sexo, orientação sexual, etnia, idade, deficiência, fonte de apoio financeiro ou qualquer outra deficiência.

Receber informações sobre o custo dos serviços propostos e prestados para mim ou para minha família e para ser fornecido mediante solicitação, informações sobre cobranças faturadas e pagamentos efetuados.

Para ser fornecido mediante solicitação, informações sobre médicos e funcionários que prestam cuidados

Para tratamento e serviços que sejam atenciosos e respeitosos com meus valores e crenças.

Para privacidade, segurança e confidencialidade de todas as informações.

Receber tratamento e serviços em um ambiente livre de abuso, negligência, maus-tratos, humilhação, exploração financeira ou qualquer outra violação dos direitos humanos.

Ser protegido de ser forçado ou compelido a fazer algo que não quero fazer.

Recusar serviços de tratamento ou medicação, exceto em situações de emergência, e ser avisado dos potenciais riscos e do impacto que isso possa ter no meu processo de tratamento.

Ser informado sobre o direito de procurar uma segunda opinião

Ser informado sobre o seguinte antes de ser convidado a participar de um projeto de pesquisa e experimentos

Recusar-se a participar de qualquer projeto de pesquisa sem afetar meu acesso a serviços.

Ser informado sobre o que esperar durante o processo de tratamento

Ser informado da responsabilidade do Centro de denunciar abuso e / ou negligenciar as agências de proteção apropriadas.

Estar presente e participar ativamente no desenvolvimento e revisão do meu tratamento e serviços.

Ter um tradutor (intérprete), se necessário.

Ter família, tutor ou outros que falam por mim, se não puder.

Receber informações sobre matrícula no Atendimento Cirúrgico de Informação sobre Saúde (HIE) de Rhode Island e BVCHC (MIRTH).

SEUS DIREITOS A QUE CON CERNE A SUA INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Para restringir a forma como usamos e divulgamos suas informações relacionadas a tratamento, pagamento e operações

Para obter uma cópia do Aviso de Privacidade do BVCHC ou rever nosso aviso no site do BVCHC (www.bvchc.org)

Para acessar, inspecionar e / ou obter uma cópia do seu PHI a menos que seja determinado ou clinicamente desaconselháveis e de ser informado de qualquer motivo para a negação de acesso, no entanto, individualmente deve fazer este pedido por escrito e cobramos uma taxa razoável, baseada nos custos .

Para corrigir / corrigir seu PHI.

Para obter uma lista de pessoas para quem sua PHI foi divulgada. Contabilidade de Divulgações. Forneceremos gratuitamente ano por ano, mas cobraremos uma taxa razoável baseada em custo para solicitações adicionais. Revogar uma autorização para usar ou divulgar PHI, exceto quando já tivermos processado a solicitação.

Para registrar uma reclamação com o official da privacidade ou o oficial da reclamação do BVCHC , Escritório de Direitos Civis (OCR), HHS ou BHDDH, chamando 1-877-696-6775 se você sentir que os seus direitos foram violados.

SUA RESPONSABILIDADE COMO PACIENTE DO BVCHC

Para tratar a equipe do BVCHC e outros pacientes com respeito e proteger sua privacidade

Para manter seu compromisso agendado. Se você não pode manter um compromisso, você deve ligar com pelo menos 24 horas de antecedência.

Para fazer um pagamento mínimo de \$ 20,00 dólares, se você é colocado em uma escala de taxa de pagamento. O pagamento é no momento em que os serviços são prestados.

Para chegar a tempo. Para observar a política de não fumar

Não levar armas de fogo ou armas para qualquer local do BVCHC

Não trazer álcool ou drogas para os locais do BVCHC.

Para relatar qualquer informação sobre sua condição, incluindo alterações em sua saúde ou reação a medicamentos

Para seguir o seu plano de cuidados conforme acordado por você e seu provedor

Notificar o BVCHC de quaisquer alterações de seguro e de pagamentos por quaisquer cotas, franquias não cumpridas e serviços não cobertos acordados no plano de assistência.

O BVCHC é responsável por manter a privacidade e segurança de suas informações de saúde protegidas. Avisaremos você imediatamente se ocorrer uma violação que possa ter comprometido a privacidade e a segurança de suas informações. Seguiremos as práticas de privacidade descritas neste aviso e forneceremos uma cópia. Não usaremos nem compartilharemos suas informações, a menos que seja para tratá-lo, administrar nossa organização, cumprir a lei ou faturar seus serviços