



DECLARACION DE LOS DERECHOS DEL CLIENTE

1. Clientes tienen derecho a cuidado medico que sea accesible y cumpla parametros profesionales.
2. Clientes tienen derecho a un cuidado medico cortes e individualizado que sea equitativo, humano y dado sin discriminacion ya sea de raza, color, credo, sexo, nacionalidad, fuente de pago, pensamientos eticos o politicos.
3. Clientes tienen derecho de informacion acerca del diagnostico, pronostico y tratamiento, incluyendo alternativas de cuidado y riesgos que envuelven, en terminos que ellos y sus familias puedan entender, para que asi puedan ellos dar su consentimiento informado.
4. Clientes tienen derecho legal a la participacion informada en todas las decisiones concernientes a su cuidado medico y el derecho de rehusar tratamiento. Siempre que lo permita la ley y a ser informado de las consecuencias medicas de sus acciones.
5. Clientes tienen derecho de informacion acerca de las calificaciones, nombres y titulos del personal responsable de proporcionar su cuidado medico.
6. Clientes tienen el derecho de rehusar observacion por aquellos que no estan directamente envueltos en su cuidado.
7. Clientes tienen el derecho de privacidad durante entrevista, examen y tratamiento.
8. Clientes tienen el derecho de privacidad en la comunicacion y la visita con el personal.
9. Clientes tienen el derecho de rehusar tratamientos, medicaciones o participacion en investigacion y experimentacion, sin que acciones punitivas sean tomadas contra ellos.
10. Clientes tienen el derecho de coordinacion y continuidad de cuidado medico.
11. Clientes tienen el derecho de instruccion apropiada o educacion por parte del personal medico, asi ellos pueden adquirir un optimo nivel de salud y entendimiento de sus necesidades de salud basicas.
12. Clientes tienen el derecho de confidencialidad de todos los expedientes (excepto segun lo previsto de otra manera, por la ley o por un contrato pagados a terceros) y todas las comunicaciones escritas u orales entre clientes y proveedores de cuidado medico.
13. Clientes tienen derecho de examinar y recibir explicacion de su cuenta sin importar la fuente de pago.
14. El cliente tiene el derecho de saber que reglas y regulaciones aplica a su conducta como cliente.

Firma del Cliente /Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

revised 6/3/15 rlh

Place Label Here



**RESPONSABILIDADES COMO CLIENTE DEL CONDADO DE ALACHUA UNIDAD DE SALUD PUBLICA**

1. Usted es responsable por tartar todo el personal y otros clients con respeto y consideracion.
2. Usted es responsable de contestar todas las preguntas con relacion al progama de elegibilidad e historia medica etc., completamente y correctamente en el mayor de su conocimiento.
3. Usted es responsable de mantener sus citas y pbtener el numero de telefono para llamar antes si usted tiene que cancelar una cita.
4. Usted es respnsable de pagar sus cuentas cuando el servicio sea proporcionado, a menos que otro arreglo haya sido hecho.
5. Usted es responsable de obedecer las reglas y regulaciones segun lo fijado por la unidad de salud o explicado por el personal. Algunas de estas reglas son:
  - a. Monitorear y controlar la conducta de su ninos en la clinica.
  - b. Comida o bebida no es permitida en la clinica.
  - c. Arroje la basura en apropiados botes de basuar.
6. Si usted tiene Medicaid, usted debe traer su trajeta de Medicaid para su cita en la clinica.
7. Si usted es referido para cuidado especial, sitio de emergencia, o para hospitalizacion para un nivel mas alto de cuidado, usted sera responsable por el pago de cualquiera de los servicios prestados.

**Entiendo que si me olvido de más de tres (3) citas médicas programadas en un período de seis meses o no aviso con 24 horas de antelación de la cancelación de una cita más de tres (3) veces en un período de seis meses, puedo ser desafiliado de los servicios primarios de atención médica proporcionados por el Departamento de Salud del Condado de Alachua.**

**Yo entiendo que si pierdo dos citas ,ya programadas en la Clinica Dental ,en un periodo de seis meses o no provee un aviso de cancelación dentro de veinticuatro (24) horas antes de la misma, más de dos veces en un periodo de seis meses, podré perder mis beneficios del cuidado dental por el mismo periodo de tiempo; aunque los servicios de emergencia aun serán ofrecidos.**

**Entiendo que el programa de cuidoo de salud en que estoy inscrito de mi compañía de seguros de salud pueden requerir a mí o a mi niño a un examen físico anual si recibimos los servicios de atención primaria. Si no acepto estos servicios o no cumplo con este requisito para mí o mi hijo, entiendo que es posible que se cancele nuestros servicios medico con un doctor primaria proporcionados por el Departamento de Salud del Condado de Alachua**

**Entiendo que si estoy molesto o trato a los clientes o el personal del Departamento de Salud del Condado de Alachua sin respeto y consideración, puedo ser dado de baja de los servicios médicos de atención primaria prestados por el Departamento de Salud del Condado de Alachua.**

**Entiendo que si no recibo los servicios médicos del Departamento de Salud del Condado de Alachua por un período superior a quince (15) meses, puedo ser dado de baja de los servicios médicos de atención primaria prestados por el Departamento de Salud del Condado de Alachua.**

**Entiendo que si tengo un cambio en la cobertura de seguros o mi seguro medico termina, puedo ser dado de baja de los servicios médicos de atención primaria prestados por el Departamento de Salud del Condado de Alachua.**

**Entiendo que si el Departamento de Salud del Condado de Alachua tiene un cambio en el financiamiento de la atención primaria, puedo ser dado de baja de los servicios médicos de atención primaria prestados por el Departamento de Salud del Condado de Alachua.**

**Entiendo que tengo el derecho de apelar una decisión de cancelación dentro de los treinta (30) días de haber recibido la "Terminación de Servicios" notificada por el Departamento de Salud del Condado de Alachua. Tengo que enviar una solicitud por escrito para que mi caso sea revisado a:**

**Departamento de Salud del Condado de Alachua  
Atención: Administrator  
224 SE 24th Street  
Gainesville, Florida 32641**

**Entiendo que tengo el derecho de presentar una queja dentro de los treinta (30) días de la fecha en que ocurrió el agravio. Tengo que enviar una solicitud por escrito para que mi queja sea revisada a :**

**Departamento de Salud del Condado de Alachua  
Atención: Administrator  
224 SE 24th Street  
Gainesville, Florida 32641**

Firma del Cliente /Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

revised 3/7/16 rlh

