



Patient Name: \_\_\_\_\_  
MRN \_\_\_\_\_  
DOB: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_

Este documento sirve para informarle sobre sus derechos y responsabilidades como paciente de University Health. Si usted no puede ejercer alguno de estos derechos, o ninguno, la ley de Texas requiere que su tutor, familiar más cercano o representante legalmente autorizado los ejerza en su nombre.

University Health prohíbe la discriminación en base a edad, raza, origen étnico, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, condición socioeconómica, sexo, orientación sexual, ni identidad o expresión de género.

**Usted tiene derecho a, dentro de los límites de la ley:**

- ser informado/a sobre sus derechos como paciente de University Health, incluso sobre la política de derechos de los pacientes;
- recibir información de una manera que pueda entender sobre su estado de salud, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y servicios, y resultados de los tratamientos y servicios;
- una comunicación efectiva de una manera adaptada a su edad, idioma y capacidad de comprensión;
- recibir información sobre la participación en investigaciones, estudios o ensayos clínicos;
- recibir información sobre la(s) persona(s) responsable(s) y/o que le proporciona(n) atención, tratamiento o servicios;
- participar en las decisiones sobre la atención, el tratamiento y los servicios, incluidos los relacionados con: el final de la vida;
- dar o negar el consentimiento informado;
- solicitar o rechazar la atención, el tratamiento o los servicios;
- designar a un representante para que reciba información sobre su estado de salud y tome decisiones en su nombre;
- escribir sus directivas anticipadas y que el personal del hospital y los profesionales de la medicina que cuidan de usted las cumplan;
- que su familia y médico sean notificados rápidamente sobre su ingreso, alta o traslado al hospital;
- ser informado/a de cualquier proceso para notificar automáticamente a su médico/grupo de atención primaria sobre su ingreso al hospital;

---

ROBERT B. GREEN CAMPUS  
UNIVERSITY HEALTH ROBERT B. GREEN CAMPUS FFACTS  
903 W. MARTIN STREET  
SAN ANTONIO TX 78207-0903  
BEXAR

Patient Name: \_\_\_\_\_  
MRN \_\_\_\_\_  
DOB: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_



Patient Name: \_\_\_\_\_  
MRN \_\_\_\_\_  
DOB: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_

- designar a una persona de apoyo para que esté presente durante toda su estancia, siempre que no se comprometa la seguridad, el cuidado o los derechos de los demás;
- recibir las visitas que usted designe y negar el consentimiento para recibir visitas en cualquier momento durante su hospitalización;
- recibir un trato digno y respetuoso en un entorno que preserve su dignidad y contribuya a una imagen positiva de sí mismo/a;
- recibir atención en un entorno seguro y respetuoso de los valores culturales, psicológicos, espirituales y personales, las creencias, las preferencias y la dignidad personal;
- estar libre de todo tipo de abuso, negligencia, explotación y acoso;
- seguridad y privacidad personal;
- estar libre de restricciones o reclusión de cualquier tipo que no sean médicamente necesarias;
- recibir servicios pastorales o espirituales;
- recibir a servicios de protección y asesoría;
- recibir a servicios de interpretación y traducción, sin costo alguno para usted;
- acceder, solicitar la modificación y recibir información sobre la divulgación de su información de salud que obra en sus expedientes médicos dentro de un plazo razonable; y
- obtener una pronta resolución de sus quejas o reclamos;

**En el entorno de rehabilitación médica integral, un/una menor tiene derecho a:**

- recibir un tratamiento apropiado en el entorno menos restrictivo disponible;
- no recibir medicamentos excesivos o innecesarios;
- un plan de tratamiento personalizado y participar en el desarrollo de dicho plan;
- un entorno de tratamiento humanitario que le brinde protección razonable contra daños y privacidad adecuada para sus necesidades personales;
- estar separado de pacientes adultos; y
- una comunicación regular con su familia.

**Usted tiene las siguientes responsabilidades:**

---

ROBERT B. GREEN CAMPUS  
UNIVERSITY HEALTH ROBERT B. GREEN CAMPUS FFACTS  
903 W. MARTIN STREET  
SAN ANTONIO TX 78207-0903  
BEXAR

Patient Name: \_\_\_\_\_  
MRN \_\_\_\_\_  
DOB: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_



Patient Name: \_\_\_\_\_  
MRN \_\_\_\_\_  
DOB: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_

- proporcionar, a su leal saber y entender, información precisa y completa sobre sus antecedentes de salud, síntomas actuales, medicamentos, alergias, su dirección actual, número de teléfono, contactos de emergencia, seguro médico y cualquier otra información que facilite su atención, tratamiento o servicios;
- informar al equipo que lo atiende todo cambio inesperado en su condición médica;
- hacer preguntas cuando no entienda el plan de tratamiento o las decisiones sobre el cuidado;
- conocer y seguir el plan de tratamiento recetado por su equipo médico;
- concertar y respetar las citas médicas y avisar al personal cuando no pueda hacerlo;
- apoyar la consideración y el respeto mutuo usando un lenguaje y exhibiendo una conducta civilizada en las interacciones con el personal y los profesionales de la medicina;
- respetar los derechos de los visitantes, el personal y los demás pacientes, lo que incluye el derecho de los demás pacientes a la privacidad;
- respetar todas las normas de University Health y las leyes y reglamentación estatales relativos a la seguridad, el tabaquismo y la conducta general;
- respetar los bienes de los demás y los de University Health; y
- cumplir puntualmente los compromisos financieros acordados con University Health.

**Para obtener más información acerca de los derechos, políticas y resolución de reclamos o para enviar felicitaciones, por favor comuníquese con el Departamento de Relaciones con Pacientes al (210) 358-0600.**

**Usted tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Salud del estado de Texas, independientemente de que haya utilizado o no el proceso de quejas de University Health.**

**La línea directa para información y quejas del Departamento de Servicios de Salud del estado de Texas es 1-888-963-7111 (Ext: 2150)**

---

ROBERT B. GREEN CAMPUS  
UNIVERSITY HEALTH ROBERT B. GREEN CAMPUS FFACTS  
903 W. MARTIN STREET  
SAN ANTONIO TX 78207-0903  
BEXAR

Patient Name: \_\_\_\_\_  
MRN \_\_\_\_\_  
DOB: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_



Patient Name: Patient Test  
MRN: 10077344  
DOB: 02/27/1950 Sex: Male

**Department of State Health Services  
Attn: Customer Service Coordinator  
PO Box 149347, MC-1913  
Austin, Texas 78714-9347**

He leído este formulario sobre los **derechos y responsabilidades del paciente** en su totalidad y he recibido una copia. Comprendo completamente su contenido. Firmo este formulario libre y voluntariamente.

---

**Paciente u Otro Representante Legalmente Autorizado**

---

**Servicios de intérprete**

¿Se utilizaron los servicios de un intérprete?

---

ROBERT B. GREEN CAMPUS  
UNIVERSITY HEALTH ROBERT B. GREEN CAMPUS FFACTS  
903 W. MARTIN STREET  
SAN ANTONIO TX 78207-0903  
BEXAR

Patient Name: Patient Test  
MRN: 10077344  
DOB: 02/27/1950 Sex: Male