

**Planned Parenthood of South, East and North Florida**

**PACIENTE DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES**

Planned Parenthood of South, East and North Florida está comprometido a proveer de alta calidad y compasivos los servicios de salud reproductiva. Nosotros reconocemos que, como que a medida que los pacientes que tienen derechos, mientras que la búsqueda de nuestros servicios. Nosotros creemos que hay responsabilidades de su parte como a nuestros pacientes.

*Independientemente de su edad, raza, color, origen nacional, religión, género, identidad de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad, posición económica, o fuente de pago ...*

**Usted tiene derecho a:**

- Ser tratado con dignidad, respeto y cortesía, como la privacidad y confidencialidad en todos los aspectos de nuestros servicios.
- Recibir información completa y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento (incluyendo las alternativas, beneficios y riesgos), y el pronóstico en un idioma que entienda.
- Obtener una adecuada y objetiva (libre de prejuicios o de juicio) la educación y el asesoramiento.
- Que se le dé la información necesaria para dar su consentimiento o negativa antes de la iniciación de cualquier procedimiento, prueba, examen o tratamiento.
- Rechazar el tratamiento después de haber sido plenamente informados o las consecuencias de tal acción.
- Conozca los resultados y las implicaciones de todas las pruebas y exámenes.
- Saber quién le proporciona sus servicios de salud.
- Conocer el propósito de todas las formas que se le pide que firme.
- Tener acceso a los medios de comunicación asistida, tales como intérpretes, ayudas auxiliares u otros materiales.
- Participar en la selección de los métodos anticonceptivos que se utilizan, y conocer la efectividad, los posibles efectos secundarios y las complicaciones de estos métodos para los pacientes que buscan servicios de planificación familiar.
- Decidir si desea o no tener hijos, y en caso afirmativo, determinar su tiempo y el espacio.
- Tener acceso a sus registros médicos, que tienen sus expedientes médicos se explica, y aprobar o rechazar la divulgación o la divulgación de los contenidos de su expediente médico, como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información de Salud.
- Participar o negarse a participar en estudios de investigación médica. La negativa a participar o retirarse formar un estudio no pondrá en peligro el futuro acceso a los servicios de salud.
- Ser informado de los cargos por servicios, la elegibilidad para los reembolsos de terceros, y la disponibilidad de servicios gratuitos o a precio reducido.
- Recibir una copia de su estado de cuenta detallado y explicación de los cargos a solicitud.
- Estar libre de negligencia, explotación, verbal, mental y abuso físico.
- Expresar sus preocupaciones o quejas sobre la atención y los servicios prestados y nos han investigar dicha información sin el miedo de ser sometida a la coerción, la discriminación, represalia o interrupción razonable de los servicios de salud.
- Presente una queja en nuestros centros de salud y.

**Usted tiene la responsabilidad de:**

- Sea honesto acerca de su historial médico y los datos personales solicitados por el suministro de información completa y exacta.
- Asegúrese de entender Todas las informaciones dada a usted y hacer preguntas cuando no entienden las explicaciones médicas, atención o planes de tratamiento.
- Siga los consejos de salud, instrucciones médicas, y su plan de cuidado o nos informe si no están dispuestos a hacerlo. Usted es responsable de los resultados de no seguir su plan de cuidado.
- Reporte cualquier cambio en su salud.
- Siga nuestras políticas y ampliar la cortesía y el respeto de todo nuestro personal, pacientes y visitantes.
- Mantenga sus citas programadas o comunicar las cancelaciones al menos 24 horas de antelación.
- Cumplir con su obligación financiera para con nosotros.
- Señalar las preocupaciones o quejas. Queremos ser capaces de hacer frente a todas sus preocupaciones.