

YOUR RIGHTS AND RESPONSIBILITIES AS A PATIENT

AS A PATIENT, GUARDIAN OR OTHER DESIGNATED LEGAL REPRESENTATIVE, YOU HAVE THE RIGHT:

ACCESS TO CARE

- To receive considerate and respectful care without discrimination based on race, ethnicity, religion, culture, language, physical or mental disability, socioeconomic status, sex, sexual orientation and gender identity or expression; and with recognition of all state-sanctioned marriages and spouses for purposes of compliance with the Conditions for Coverage, regardless of any laws to the contrary of the state or locality where the organization is located.
- To expect and receive competent care.

PERSONAL PRIVACY/VISITATION

- To have your personal dignity and privacy respected.
- To personal and identifiable health information privacy within the law.
- To appoint a designated legal representative who will participate in your care and make decisions on your behalf should you be unable or unwilling to do so.
- To have a support person present during your care, provided it does not infringe on the rights and safety of others or interfere with care processes if you have a disability as defined by the Americans with Disabilities Act (ADA).

SECURITY

- To receive care in a safe setting and to be free from all forms of abuse or harassment.
- Be free from restraints of any form that are not medically necessary.
- To be free from any acts of discrimination or reprisal.

COMMUNICATION

- To receive information, you can understand.
- To access an interpreter and/or translation service at no charge.
- To be informed about any physician interest or ownership.

ACCESS TO INFORMATION

- To know the organization's rules regulating your care and conduct.
- To know the identity of persons providing care, treatment, or services and, upon request, be informed of the credentials of healthcare providers.
- To know which physician or other provider is primarily responsible for your care.
- To obtain complete and current information about your diagnosis (to the degree known) and prognosis.
- To understand your treatment, procedure and expected outcome.
- Receive assistance when requesting a change in site of service and/or primary or specialty physicians, or anesthesia providers if other qualified physician and anesthesia providers are available.
- To be involved in the development, implementation and revision of your treatment.
- To make informed decisions regarding your care, including the right to request or refuse treatment.
- Have an advance directive, such as a living will or durable power of attorney for healthcare and be informed as to the facility's policy regarding advance directives/living will. Expect the facility to provide the state's official advance directive form if requested and where applicable.

AS A PATIENT, GUARDIAN OR OTHER LEGAL DESIGNATED REPRESENTATIVE, IT IS YOUR RESPONSIBILITY:

- To provide accurate and complete information about your health, including present complaints, past illnesses, surgeries, procedures, hospitalizations, and medications.
- Informing your providers about any living will, medical power of attorney, or advance directive that could affect your care.
- To inform us of changes in your condition or symptoms, including pain.
- To ask questions about any part of your care or treatment you do not understand.

- Due to state regulations and facility wide conscience, regardless of the contents of any advanced directive or instructions from a health care surrogate or attorney, if any adverse event occurs during your treatment, we will initiate resuscitative or any other stabilizing measures and transfer you to an acute care setting for further evaluation. Your agreement with this policy does not revoke or invalidate any current health care directives or health care power of attorney.
- To access information contained in your medical records within a reasonable time frame and without unnecessary barriers.
- To receive an itemized and detailed explanation of your total bill for services rendered, regardless of the source of payment.
- To access a financial navigator for assistance with financial questions and/or financial aid.

PAIN MANAGEMENT

- To have pain assessed and managed appropriately.
- To participate in the development and implementation of the plan for pain management.

CONCERNS, COMPLAINTS AND GRIEVANCES

- To receive information about the organization's mechanism for the initiation, review and resolution of patient complaints/grievances, through written material and/ or public postings.
- To voice complaints and recommend changes without being subject to coercion, discrimination, reprisal, or unreasonable interruption of care.
- To report a grievance relating to patient care and be informed as to the organization's resolution of such, including a written notification by the organization's representative listing the steps taken to investigate, the results of the process, and the date the process was completed.
- To file a complaint or grievance involving Braselton ASC, LLC:
 - Call Gretchen Bryant, RN, Administrator at 770-848-1734.
 - Contact the Georgia Department of Community Health, Attn: Complaints Department 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, East Tower, Atlanta, GA 30334, by calling toll-free at 800-878-6442 or submit online <https://dch.georgia.gov/divisionsoffices/healthcare-facility-regulation/facility-licensure/hfr-file-complaintor> or by phone: 1-800-878-6442 or 404-657-5726 and fax: 404-657-8935.
 - Contact our accrediting agency, ACHC by:
 - Calling (919) 785-1214
 - Mailing go online to <https://www.achc.org/pdf/achc-complaint-intake-form.pdf> to download form and mail to 139 Weston Oaks Court, Cary, NC | 27513 or Fax to (919) 785-3011
- Office of the Medicare Beneficiary Ombudsman* <https://www.cms.gov/center/special-topic/ombudsman/medicare-beneficiary-ombudsman-home>

- To speak up about your concerns to any employee as soon as possible.
- To follow treatment plans recommended by the physician and/or advanced practice professional primarily responsible for your care.
- To understand that if you refuse treatment or do not follow the physician's instructions, you must accept the consequences.
- To pay your bills or make arrangements to meet the financial obligations arising from your health care as promptly as possible.
- To follow facility rules and policies.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE

COMO PACIENTE, TUTOR U OTRO REPRESENTANTE LEGAL DESIGNADO, USTED TIENE DERECHO:

ACCESO A LA ATENCIÓN

- Recibir atención considerada y respetuosa sin discriminación por motivos de raza, etnia, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, estatus socioeconómico, sexo, orientación sexual e identidad o expresión de género; y con reconocimiento de todos los matrimonios y cónyuges aprobados por el estado para efectos del cumplimiento de las Condiciones de Cobertura, independientemente de cualquier ley en contrario del estado o localidad donde esté ubicada la organización.
- Esperar y recibir atención competente.

PRIVACIDAD PERSONAL/VISITAS

- Que se respete su dignidad personal y su privacidad.
- A la privacidad de la información de salud personal e identificable dentro de la ley.
- Nombrar un representante legal designado que participará en su atención y tomará decisiones en su nombre en caso de que usted no pueda o no quiera hacerlo.
- Tener una persona de apoyo presente durante su atención, siempre que no infrinja los derechos y la seguridad de otros ni interfiera con los procesos de atención si tiene una discapacidad según lo define la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA).

SEGURIDAD

- Recibir atención en un entorno seguro y estar libre de toda forma de abuso o acoso.
- Estar libre de restricciones de cualquier tipo que no sean médicamente necesarias.
- Estar libre de cualquier acto de discriminación o represalia.

COMUNICACIÓN

- Recibir información que usted pueda entender.
- Acceder a un servicio de intérprete y/o traducción sin costo alguno.
- A ser informado sobre cualquier interés o propiedad médica.

ACCESO A LA INFORMACIÓN

- Conocer las normas de la organización que regulan su atención y conducta.
- Conocer la identidad de las personas que brindan atención, tratamiento o servicios y, previa solicitud, ser informado de las credenciales de los proveedores de atención médica.
- Saber qué médico u otro proveedor es el principal responsable de su atención.
- Obtener información completa y actualizada sobre su diagnóstico (en la medida en que se conozca) y pronóstico.
- Comprender su tratamiento, procedimiento y resultado esperado.
- Recibir asistencia al solicitar un cambio en el sitio de servicio y/o médicos primarios o de especialidad, o proveedores de anestesia si hay otros médicos y proveedores de anestesia calificados disponibles.
- Estar involucrado en el desarrollo, implementación y revisión de su tratamiento.
- Tomar decisiones informadas con respecto a su atención, incluido el derecho a solicitar o rechazar tratamiento.
- Tener una directiva anticipada, como un testamento de vida o un poder notarial duradero para atención médica, y estar informado sobre la política del centro con respecto a las directivas anticipadas/testamento de vida.

COMO PACIENTE, TUTOR U OTRO REPRESENTANTE LEGAL DESIGNADO, ES SU RESPONSABILIDAD:

- Proporcionar información precisa y completa sobre su salud, incluyendo dolencias presentes, enfermedades pasadas, cirugías, procedimientos, hospitalizaciones y medicamentos.
- Informar a sus proveedores sobre cualquier testamento de vida, poder notarial médico o directiva anticipada que pueda afectar su atención.
- Para informarnos sobre cambios en su condición o síntomas, incluido el dolor.
- Hacer preguntas sobre cualquier parte de su atención o tratamiento que no comprenda.

Espera que el centro proporcione el formulario de directiva anticipada oficial del estado si se solicita y cuando corresponda.

- Debido a las regulaciones estatales y la conciencia de todo el centro, independientemente del contenido de cualquier directiva anticipada o instrucciones de un sustituto o abogado de atención médica, si ocurre algún evento adverso durante su tratamiento, iniciaremos medidas de reanimación o cualquier otra medida de estabilización y lo transferiremos a un entorno de cuidados intensivos para una evaluación adicional. Su acuerdo con esta política no revoca ni invalida ninguna directiva de atención médica ni poder notarial de atención médica vigente.
- Acceder a la información contenida en su historial médico en un plazo razonable y sin barreras innecesarias.
- Recibir una explicación detallada de su factura total por los servicios prestados, independientemente de la fuente de pago.
- Acceder a un navegador financiero para obtener ayuda con preguntas financieras y/o ayuda financiera.

EL MANEJO DEL DOLOR

- Que se evalúe y trate adecuadamente el dolor.
- Participar en el desarrollo e implementación del plan de manejo del dolor.

PREOCUPACIONES, QUEJAS Y RECLAMOS

- Recibir información sobre el mecanismo de la organización para el inicio, revisión y resolución de quejas/reclamos de los pacientes, a través de material escrito y/o publicaciones generalizadas.
- Expresar quejas y recomendar cambios sin estar sujeto a coerción, discriminación, represalias o interrupción irrazonable de la atención.
- Informar una queja relacionada con la atención del paciente y ser informado sobre la resolución de la organización al respecto, incluida una notificación por escrito del representante de la organización que detalle los pasos tomados para investigar los resultados del proceso y la fecha en que se completó el proceso.
- Para presentar una queja o reclamos que involucre a Braselton ASC, LLC:
 - Llame a Gretchen Bryant, RN, Administradora al 770-848-1734.
 - Comuníquese con el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia, a la atención de: Departamento de Quejas 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, East Tower, Atlanta, GA 30334, llamando sin costo al 800-878-6442 o envíelo por internet a <https://dch.georgia.gov/divisionsoffices/healthcare-facility-regulation/facilitylicensure/hfr-file-complaintor> o por teléfono: 1-800-878-6442 o 404-6575726 y fax: 404-657-8935.
 - Comuníquese con nuestra agencia de acreditación, ACHC:
 - Llamando al (919) 785-1214
 - El envío por correo enlace con <https://www.achc.org/pdf/achc-complaint-intakeform.pdf> para descargar el formulario y enviarlo por correo a 139 Weston Oaks Court, Cary, NC | 27513 o por fax al (919) 785-3011
- Oficina del Defensor del Pueblo Beneficiario de Medicare* <https://www.cms.gov/center/special-topic/ombudsman/medicare-beneficiary-ombudsman-home>

- Comunicar sus inquietudes a cualquier empleado lo antes posible.
- Seguir los planes de tratamiento recomendados por el médico y/o profesional de práctica avanzada principalmente responsable de su atención.
- Entender que, si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del médico, debe aceptar las consecuencias.
- Pagar sus facturas o hacer arreglos para cumplir con las obligaciones financieras que surjan de su atención médica lo antes posible.
- Seguir las reglas y políticas de la instalación.