

# 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 of Participation, regardless of any laws to the contrary of the state or locality where the organization is located.
- To expect competent care.
- To consult with a specialist at your own request and expense.

### PERSONAL PRIVACY/VISITATION

- To have your personal dignity and privacy respected.
- To personal and informational 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).
- To receive visitors of your choosing and withdraw or deny your consent to receive such visitors at any time.
- To communicate by phone and/or in writing with those who cannot visit.
- To be informed of your visitation rights, including any clinical restrictions or limitations on such rights.
- To identify someone who may allow visitors on your behalf if you become incapacitated.

### 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.

### COMMUNICATION

- To receive information, you can understand.
- To access an interpreter and/or translation service at no charge.
- To be informed about and in agreement with the need to transfer to another facility and to be accepted at the receiving facility prior to that transfer.

### ACCESS TO INFORMATION

- To know the organization's rules regulating your care and conduct.
- To have your physician and/or family member(s) and/or a representative of your choice notified of your hospital admission.
- To know the names and professional titles of your caregivers and to know which physician or other provider is primarily responsible for your care.
- To know that Northeast Georgia Health System facilities are teaching facilities and that some of your caregivers may be in training.
- To ask your caregivers if they are in training.
- To obtain complete and current information about your diagnosis (to the degree known).

- To understand your treatment and prognosis, as well as any continuing health care requirements following discharge.
- To request a referral to a specialist when applicable.
- To be involved in the development, implementation and revision of your treatment and discharge plans, when applicable.
- To make informed decisions regarding your care, including the right to request or refuse treatment.
- To make advance directives for end of life care and have medical providers who will follow them.
- 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 say yes or no to experimental treatments, to be advised when a physician is considering you to be part of a medical research program or donor program, and to refuse or withdraw at any time without consequence to your care.
- 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 the Patient Services Guide information booklet or other similar written material 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 Northeast Georgia Medical Center:
  - Call the Patient Relations Department at 770-219-2998 or visit <https://www.nghs.com/contact> to send us a message.
  - Contact the Georgia Department of Community Health by calling toll-free at 800-878-6442 or submit online at <https://dch.georgia.gov/divisionsoffices/hfrd/facility-licensure/hfrd-file-complaint>
  - Contact our accrediting agency, DNV Healthcare, by:
    - Calling toll-free at 866-496-9647
    - Emailing: [hospitalcomplaint@dnv.com](mailto:hospitalcomplaint@dnv.com)
    - Mailing to DNV Healthcare USA Inc., Attn: Hospital Complaints, 1400 Ravello Dr., Katy, TX 77449
    - Submitting online at <https://www.dnvhealthcareportal.com/patient-complaint-report>
    - Fax to 281-870-4818
- To file a grievance involving Northeast Georgia Physicians Group, call the Patient Experience Department at 770-219-8400 or send us a message using the NGPG Patient Experience form.

## 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, hospitalizations and medications.
- 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.
- 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 our rules regulating your care and conduct.
- To keep your scheduled appointments or let us know if you are unable to keep them.
- To respect the rights and property of others.
- To treat organizational personnel with respect and consideration, providing a safe environment in which care is given and avoiding abusive behavior which could result in dismissal from a physician practice.
- To respect our request that all NGHS facilities remain smoke and vape free.
- To provide a current copy of your advance directive if you have one.
- To follow ADA regulations if a service animal accompanies you in our facility.

# SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE

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

### ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

- Recibir una atención considerada y respetuosa sin discriminación por motivos de raza, etnia, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental situación socioeconómica, sexo, orientación sexual e identidad o expresión de género; y con el reconocimiento de todos los matrimonios y cónyuges sancionados por el estado a efectos del cumplimiento de las condiciones de participación, independientemente de cualquier ley en contrario del estado o localidad donde la organización se encuentra.
- A esperar una atención competente.
- A consultar con un especialista a su propia petición y a sus expensas.

### PRIVACIDAD PERSONAL/VISITAS

- Que se respete su dignidad personal y su privacidad.
- Privacidad personal e informativa dentro de la ley.
- A que se designe un representante legal que participe en sus cuidados y tome decisiones en su nombre en caso de que usted no pueda o no quiera hacerlo.
- A que esté presente una persona de apoyo durante sus cuidados, siempre que no infrinja los derechos y la seguridad de los demás o interfiera en los procesos de atención si tiene una discapacidad según la definición de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA).
- Recibir visitas de su elección y retirar o negar su consentimiento para recibir dichas visitas en cualquier momento.
- A comunicarse por teléfono y/o por escrito con las personas que no pueden visitarle.
- A ser informado de sus derechos de visita, incluyendo cualquier restricción o limitaciones clínicas de tales derechos.
- A identificar a alguien que pueda permitir las visitas en su nombre si usted queda incapacitado.

### 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.

### COMUNICACIÓN

- A recibir información que pueda entender.
- Acceder a un intérprete y/o a un servicio de traducción sin costo alguno.
- Ser informado y estar de acuerdo con un traslado si es necesario a otro centro y a ser aceptado en el centro receptor antes de dicho traslado.

### ACCESO A INFORMACIÓN

- A conocer las normas de la organización que regulan su atención y conducta.
- A que se le notifique su ingreso en el hospital a su médico y/o a su(s) familiar(es) y/o a un representante de su elección de su ingreso en el hospital.
- A conocer los nombres y títulos profesionales de sus proveedores de cuidados y a saber qué médico u otro proveedor es el principal responsable de su atención médica.
- Saber que las instalaciones del Northeast Georgia Health System son centros de enseñanza y que algunos de sus proveedores de cuidado pueden estar en formación.
- Preguntar a sus proveedores de cuidado si están en formación.
- Obtener información completa y actualizada sobre su diagnóstico (en la medida en que se conozca).
- Comprender su tratamiento y pronóstico, así como cualquier necesidad de de salud después del alta.
- A solicitar una recomendación a un especialista cuando proceda.

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

- Proporcionar información precisa y completa sobre su salud, incluyendo quejas actuales, enfermedades anteriores, hospitalizaciones y medicamentos.
- Informarnos de cambios en su condición o síntomas, incluido el dolor.
- Hacer preguntas sobre cualquier parte de su atención o tratamiento que no entienda.
- Expresar sus preocupaciones a cualquier empleado lo antes posible.
- Seguir los planes de tratamiento recomendados por el médico y/o el profesional de la práctica avanzada responsable de su atención.
- Comprender que, si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del médico, debe aceptar las consecuencias.
- Pagar sus facturas o hacer los arreglos necesarios para cumplir con las obligaciones financieras de su atención médica con la mayor celeridad posible.

- Participar en la elaboración, implementación, revisión de su tratamiento y de los planes de alta, cuando proceda.
- A tomar decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a solicitar o rechazar el tratamiento.
- A formular directivas anticipadas para los cuidados al final de la vida y a contar con proveedores médicos que las cumplan.
- Acceder a la información contenida en su historial médico en un plazo razonable y sin barreras innecesarias.
- Recibir una explicación detallada y pormenorizada de su factura total por los servicios prestados, independientemente de la fuente de pago.
- A decir sí o no a los tratamientos experimentales, ser notificado cuando un médico considera la posibilidad de que forme parte de un programa de investigación médica o de donación, y a negarse o retirarse en cualquier momento sin consecuencias a su atención médica.
- Acceder a un navegador financiero para que le ayude con sus preguntas financieras y/o ayuda financiera.

### TRATAMIENTO PARA EL DOLOR

- Evaluación del dolor y tratamiento adecuadamente.
- Participar en la elaboración e implementación del plan de tratamiento del dolor.

### INQUIETUDES, QUEJAS Y RECLAMACIONES

- Recibir información sobre el mecanismo de la organización para la iniciación revisión y resolución de las quejas/reclamaciones de los pacientes, a través del folleto informativo de la Guía de Servicios para el Paciente u otro material escrito similar o anuncios públicos.
- Expresar sus quejas y recomendar cambios sin ser objeto de coacción, discriminación, represalias o interrupción injustificada de la atención médica.
- Informar de una queja relacionada con la atención al paciente y ser informado de la resolución de la organización, incluida una notificación por escrito del representante de la organización en la que se indiquen las medidas adoptadas para investigar, los resultados de la investigación, los resultados del proceso y la fecha en que se completó el proceso.
- Para presentar una queja o reclamo relacionado con Northeast Georgia Medical Center:
  - Llame al Departamento de Relaciones del Paciente al 770-219-2998, o visite <https://www.nghs.com/contact>, para enviarnos un mensaje.
  - Comuníquese con el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia llamando sin cargo al 800-878-6442 o envíelo en línea en <https://dch.georgia.gov/divisionsoffices/hfrd/facility-licensure/hfrd-file-complaint>
  - Póngase en contacto con nuestra agencia de acreditación, DNV Healthcare, por:
    - Llamando gratis al 866-496-9647
    - Enviar un correo electrónico a [hospitalcomplaint@dnv.com](mailto:hospitalcomplaint@dnv.com)
    - Envío postal a DNV Healthcare USA Inc., Attn: Quejas, 1400 Ravello Dr., Katy, TX 77449
    - Envío en línea en <https://www.dnvhealthcareportal.com/patient-complaint-report>
    - Facsímil al 281-870-4818
- Para presentar una queja que involucre a Northeast Georgia Physicians Group, llame al Departamento de Experiencia del Paciente al 770-219-8400 o envíenos un mensaje utilizando el formulario de Experiencia del Paciente de NGPG.