



Derechos del Paciente

Kansas

Bienvenido.....	1	Directiva Medica Anticipada	
Derechos y Responsabilidades del Paciente.....	2	/Formulario	9
Declaración de No Discriminación	6	Seguridad del Paciente	16
Asistencia Lingüística	7	Programa de Asistencia Financiera.....	17

Bienvenido a Freeman Health System

Como paciente, usted tiene muchas opciones para sus necesidades de atención médica, y le agradecemos sinceramente por elegir Freeman Health System. Estamos dedicados a respetar su dignidad y a honrar sus preferencias con respecto a la atención médica, mientras mantenemos los más altos estándares de tratamiento.

Nuestro equipo está comprometido a brindar una atención excepcional a cada paciente. Si hay algo que podamos asistir durante su estadía, no dude en comunicarse con nosotros. En Joplin, llame al 417.347.4940, en Neosho llame al 417.347.4300, y en Ft. Scott llame al 620.768.0388.

Atentamente,



Matthew W. Fry
Presidente y Director Ejecutivo

Nuestra misión es mejorar la salud de las comunidades a las que servimos mediante soluciones de atención médica contemporáneas, innovadoras y de calidad.

FREEMAN WEST

Full-Service General Acute Care
1102 W. 32nd St.
Joplin, MO 64804
417.347.1111

FREEMAN NEOSHO

General Acute Care
113 W. Hickory St.
Neosho, MO 64850
417.451.1234

OZARK CENTER

Behavioral Health Services
1105 E. 32nd St.
Joplin, MO 64804
417.347.7600

FREEMAN EAST

Outpatient and Post-Acute
Care Behavioral Health Services
932 E. 34th St.
Joplin, MO 64804
417.347.1111

FREEMAN FORT SCOTT

General Acute Care
401 Woodland Hills Blvd
Fort Scott, KS 66701
620.768.0388



Health System

freemanhealth.com

Ejercicio de los Derechos del Paciente

Según la Condición de Participación de CMS (42 CFR §482.13) y la Regulación Administrativa de Kansas §28-52, los pacientes que reciben atención en el Sistema de Salud Freeman tienen los siguientes derechos:

No Discriminación y Respeto

- Derecho a recibir servicios hospitalarios sin discriminación basada en raza, color, religión, sexo, origen nacional o fuente de pago.
- Derecho a recibir atención respetuosa y digna proporcionada por personal competente.

Seguridad y Protección

- Derecho a recibir atención en un entorno seguro y protegido.
- Derecho a estar libre de cualquier forma de abuso, negligencia o acoso.
- Derecho a estar libre de restricción o reclusión, a menos que sea necesario para garantizar la seguridad física inmediata. Dichas medidas nunca deben emplearse para coerción, disciplina, conveniencia o represalia, y deben discontinuarse tan pronto como sea posible.

Privacidad y Confidencialidad

- Derecho a privacidad personal durante todos los aspectos de la atención.
- Derecho a la confidencialidad de los expedientes clínicos.
- Derecho a obtener acceso a su expediente clínico dentro de un plazo razonable.
- Derecho del paciente o representante legalmente designado a acceder a los registros médicos, conforme a la ley estatal.
 - Algunas áreas en las instalaciones pueden estar bajo vigilancia de video por motivos de seguridad.

Comunicación y Servicios de Idioma

- Derecho a recibir comunicación en un idioma que el paciente comprenda.
- Derecho a acceder de forma gratuita a servicios de traducción e interpretación, dispositivos de telecomunicación y otras herramientas para facilitar la comunicación con el personal de salud.

Participación en el Plan de Atención

- Derecho a participar en el desarrollo e implementación del plan de atención.
- Derecho de un representante o persona de apoyo (según lo permita la ley estatal) a tomar decisiones informadas sobre la atención.
- Derecho a ser informado sobre su estado de salud, participar en la planificación y decisiones de tratamiento, y solicitar o rechazar tratamiento.
- Derecho a otorgar o negar consentimiento para el tratamiento.
- Derecho a ser plenamente informado y a consentir o rechazar la participación en actividades experimentales o de investigación sin comprometer el acceso a la atención.
- Derecho a ser informado del derecho a tener un manejo eficaz del dolor.
- Derecho a formular directrices médicas anticipadas y que estas sean respetadas por el personal del hospital y los profesionales tratantes.

Admission and Visitation

- Derecho a que un familiar, representante de elección y médico personal sean notificados rápidamente al momento de la admisión.
- Derecho a ser informado de los derechos de visita y designar a los visitantes de su elección, independientemente del tipo de relación.
- Derecho a retirar el consentimiento de visita en cualquier momento.
- Derecho a tener una persona de apoyo designada para tomar decisiones de visita en caso de incapacidad del paciente.

Alta y Traslados

- Derecho a solicitar, o que su representante solicite, una evaluación de planificación de alta.
- Excepto en emergencias, derecho a ser trasladado a otra instalación solo después de recibir una explicación completa, los arreglos para la continuidad de la atención, y que la institución receptora acepte al paciente.

Transparencia Financiera

- Derecho a examinar y recibir una explicación detallada de la factura.
- Derecho a acceder al costo de los servicios prestados, desglosados cuando sea posible, dentro de un plazo razonable.
- Derecho a ser informado de la fuente del reembolso del hospital y de cualquier limitación que pueda afectar la atención.

Información sobre Proveedores y Quejas

- Derecho a conocer el estatus profesional y los nombres de las personas responsables de su atención.
- Derecho a conocer el estatus profesional y los nombres de las personas responsables de su atención.
- Derecho a recibir asistencia para obtener una consulta con otro médico o profesional a solicitud y al costo del paciente.
- Derecho a ser informado del proceso para presentar una queja y a quién contactar.

Preocupaciones o Preguntas

Es política del Sistema de Salud Freeman que nuestros pacientes sean informados de sus derechos y tengan la oportunidad de expresar sus inquietudes. Si tiene una preocupación, puede expresarla a su proveedor de atención o enfermero/a para ayudar a mejorar su experiencia de atención.

Para presentar una queja, puede comunicarse por cualquiera queiera de los siguientes medios: vía teléfono, fax, o en persona:

Para cualquier paciente de Freeman que reciba atención en cualquier unidad de Freeman:

Freeman Patient Relations

1102 W 32nd Street, Joplin, MO 64804

Phone: 417.347.4940 Fax: 417.347.3610

Text Telephone (TTY) Number: 800.735.2966 Voice: 866.735.2460

Para Pacientes afiliados a Freeman Fort Scott:

Administrador de la Instalacion Freeman Fort Scott

401 Woodland Hills Blvd, Fort Scott, KS 66701

Phone: 620.768.0389

Fax: 417.347.0370

Para pacientes afiliados al Centro de cirugía Freeman de Pittsburg:

Administrador del Establecimiento del Centro Quirúrgico Freeman de Pittsburg

100 N. Pine Street, Pittsburg, KS 66762

Phone: 620.231.9072

Fax: 417.347.1713

Las quejas serán atendidas por un miembro de Relaciones con Pacientes dentro de siete (7) días hábiles desde su recepción.

Si desea presentar una queja ante el Departamento de Salud, otra entidad de mejora de calidad, acreditación o certificación, o si tiene inquietudes sobre abuso, negligencia, apropiación indebida de propiedad del paciente, u otra queja no resuelta, seguridad del paciente o problema de calidad, puede presentar una queja directamente contactando al:

Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas (Department of Health and Environment (KDHE)), Línea de Quejas al 800.842.0078 o para los beneficiarios de Medicare, puede comunicarse con la Oficina del Defensor del Beneficiario de Medicare al 1.800.MEDICARE (800.633.4227).

Código de Conducta

Con el fin de proporcionar tratamiento médico de manera efectiva, el Sistema de Salud Freeman requiere un compromiso por parte del personal, pacientes y visitantes. La confianza mutua y el respeto ayudan a garantizar proveer el plan de tratamiento adecuado, en un entorno seguro y respetuoso que promueva la recuperación.

A continuación, se detalla el código de conducta y las expectativas para todos los pacientes y visitantes, diseñado para ayudar a que su estancia hospitalaria, cita o visita sea exitosa:

- Los pacientes, visitantes y personal se dirigirán entre sí de manera respetuosa.
- Los pacientes, visitantes y personal respetarán la privacidad del paciente y la Información Protegida de Salud (PHI), y cumplirán con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA).
- Los pacientes, visitantes y personal se abstendrán de mostrar conductas amenazantes o abusivas hacia otros. **Tenemos cero tolerancia hacia comportamientos amenazantes o abusivos.**
- No se tolera el uso de lenguaje ofensivo, insultos raciales o culturales ni otros comentarios despectivos hacia cualquier persona. Esto incluye, pero no se limita a insultos relacionados con edad, raza, etnicidad, religión, cultura, discapacidad, idioma, sexualidad u orientación sexual, identidad de género, estatus socioeconómico, estado civil o ascendencia.
- Armas, artículos ilegales o peligrosos, bebidas alcohólicas, marihuana y el uso de drogas ilícitas y su **parafernalia están prohibidos en todas las áreas e instalaciones del campus.**
- No se permite a los pacientes o visitantes grabar audio, video o tomar fotos en áreas clínicas, o en áreas no clínicas donde se pueda capturar a personal o pacientes, sin su consentimiento explícito.
- Se les invita a los pacientes a hablar con sus proveedores sobre su plan terapéutico de atención.
- Este es un campus libre de humo. Se prohíbe el uso de tabaco en las instalaciones del campus.

Se requiere que todos los pacientes hospitalizados o atendidos en la clínica cumplan con las siguientes expectativas:

- Los pacientes permanecerán en la unidad por su seguridad y para facilitar la atención oportuna. Permanecer en la unidad permite realizar pruebas de manera oportuna, administrar los medicamentos a tiempo y recibir evaluaciones frecuentes por parte de los proveedores de atención médica. Abandonar la unidad puede considerarse una salida en contra del consejo médico y podría derivar en su alta del establecimiento.
- Los pacientes son responsables de proporcionar información correcta y completa sobre su salud y antecedentes médicos. Deben informar cambios en su condición, síntomas o alergias. Los pacientes deben colaborar en la regulación del ruido dentro de sus habitaciones y acatar las normas establecidas para las visitas.
- Se espera de los pacientes atiendan a sus citas programadas. Si no puede asistir a la cita, usted u otra persona deberán notificar con tiempo al departamento, clínica o consultorio. El Sistema de Salud Freeman puede dar por terminada la atención de un paciente en un departamento o con un proveedor por conductas como:
 - Faltar a citas repetidamente, sin notificación anticipada de cancelación.
 - Incumplimiento de un acuerdo relacionado con el uso de sustancias controladas u otras situaciones afines.
 - Incumplimiento del plan de tratamiento (plan de cuidado).

Un entorno seguro y respetuoso es fundamental para promover la recuperación. Por lo tanto, si no se cumplen las expectativas mencionadas:

Pacientes: Si usted decide no cumplir con su plan terapéutico o con las expectativas, podríamos darle de alta del hospital o cancelar su cita. Para citas o admisiones futuras, seguiremos nuestras prácticas estándar de continuidad de atención y procuraremos que sea atendido por el mismo equipo clínico.

Visitantes: Si no cumple con las expectativas mencionadas, se le podrá pedir que abandone el campus y podría limitarse su derecho a realizar visitas en el futuro.

El incumplimiento del Código de Conducta de Freeman Health System para el comportamiento de pacientes y visitantes, así como de otras normas aplicables, puede dar lugar a acciones adicionales por parte de Freeman Health System. Dichas acciones pueden incluir, entre otras, las siguientes:

- La presencia de personal de Seguridad de Freeman Health System durante las citas del paciente y cualquier otra interacción con el personal de Freeman Health System.
- La intervención de las autoridades policiales locales.
- El enjuiciamiento por allanamiento o conducta delictiva, o ambas.

AVISO
Información para Individuos sobre no Discriminación y Accesibilidad
LA DISCRIMINACIÓN ES EN CONTRA LA LEY

Freeman Health System y sus entidades afiliadas cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la orientación sexual y la identidad de género), edad o discapacidad en los programas o actividades de salud cubiertos. Freeman Health System no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la orientación sexual y la identidad de género), edad o discapacidad en los programas o actividades de salud cubiertos.

Freeman pone a disposición, sin costo alguno, ayudas y servicios auxiliares para personas con discapacidades con el fin de garantizar una comunicación efectiva, incluidos intérpretes calificados de lenguaje de señas mediante servicios de video y materiales informativos en formatos alternativos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos).

Asimismo, Freeman ofrece servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, incluidos intérpretes calificados a través de servicios telefónicos o de video, así como información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con un representante del Departamento de Admisiones o con su enfermero(a) en su centro local de Freeman Health System.

Si usted considera que el Sistema de Salud Freeman no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna manera por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo orientación sexual e identidad de género), edad o discapacidad, usted puede presentar una queja ante:

Departamento de Relaciones con Pacientes de Freeman (Para cualquier paciente de Freeman que busque atención en cualquier centro de Freeman) 1102 W 32nd Joplin, MO. 64804

Teléfono: 417.347.4940 Fax: 417.347.3610

Teléfono de texto (TTY) Number: 800.735.2966 Voz: 866.735.2460

Pacientes Afiliados a Freeman Fort Scott: Administrador de la Instalación Freeman Fort Scott, 401 Woodland Hills Blvd, Fort Scott, KS 66701 Phone: 620.768.0389 Fax: 417.347.0370

Pacientes afiliados al Centro Quirúrgico de Pittsburg de Freeman: Administrador del Centro Quirúrgico de Pittsburg de Freeman, 100 N Pine Street, Pittsburg, KS 66762
teléfono: 620.231.9072 Fax: 417.347.1713

Puede presentar una queja en persona, por correo, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el personal de Freeman está disponible para ayudarle. Las quejas serán atendidas por un representante de Relaciones con Pacientes dentro de siete (7) días hábiles a partir de su recepción por parte del paciente o del personal del hospital.

También puede presentar una queja por derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o por teléfono en: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos 200 Independence Avenue SW., Sala 509F, Edificio HHH Washington, DC 20201, Teléfono: 800.368.1019, TDD: 800.537.7697.

Asistencia Lingüística

La asistencia lingüística se proporciona sin costo alguno. Si necesita servicios de asistencia lingüística, comuníquese con un representante de Admisiones o con su enfermero/a.

Servicios de Asistencia Lingüística para Personas con Dominio Limitado del Inglés

1. **(Inglés)** ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786).
2. **(Español)** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786).
3. **(Chino)** 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786)。
4. **(Vietnamita)** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786).
5. **(Serbocroata)** OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 417-347-1111 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 1- 800-682-8786).
6. **(Alemán)** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche ilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786).
7. **(Árabe)** مقرب لصتا. ناچملا ب كل رفاوتت ةيوغلا ةدعاسملا تامدخ نإف، ةغلا ركذا ثدحتت تنك اذا: ةظوحلم
همصلا مكبلو: 1- 800-682-8786). مقر (1111)
8. **(Coreano)** 주주: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786)번으로 전화해 주십시오.
9. **(Ruso)** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 417-347-1111 (телетайп: 1- 800-682-8786).
10. **(Francés)** ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 417-347-1111 (ATS: 1- 800-682-8786).
11. **(Tagalo – Filipino)** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786).
12. **(Alemán Pensilvano)** Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzsch, kannsch du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786).
13. **(Farsi /Persa)** امش یارب ناگیار تروصب ینابز تالیهست، دینک یم وگتفنگ یسراف نابز هب رگا: هجوت
مهارف یم دشاب. اب (417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786) سامت دیریگب.

14. **(Oromo)** XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786).
15. **(Portugués)** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786)
16. **(Amhárico)** ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገኙዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 417-347-1111 (ማስማት ለተሰናኙው: 1- 800-682-8786).
17. **(Cheroqui)** Hagsesda: iyuhno hyiwoniha [tsalagi gawonihisdi]. Call 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786)
18. **(Micronesio-Pohnpeian)** Ni songen mwohmw ohte, komw pahn sohte anahne kawehwe mesen nting me koatoantoal kan ahpw wasa me ntingie [Lokaiahn Pohnpei] komw kalangan oh ntingidieng ni lokaiahn Pohnpei. Call 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786).
19. **(Laosiano)** ໂບດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786).
20. **(Japonés)** 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。417-347-111 (TTY:1-800-682-8786) まで、お電話にてご連絡ください。
21. **(Hmong)** LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786).
22. **(Suajili)** KUMBUKA: Ikiwa unazungumza Kiswahili, unaweza kupata, huduma za lugha, bila malipo. Piga simu 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786).
23. **(Tailandés)** เรียง: ถัด จากพูดภาษาไทยคุณจะสามารถใช้ บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ ฟรี โทร 417-347-1111 (TTY: 1- 800-682-8786).
24. **(Urdu)** لاك - نيہ بايتسد نيم تفم تامدخ يك ددم يك نابز وك پآ وت، نيہ ےتلوب ودرا پآ رگا: رادربخ (TTY: 1- 800-682-8786). ك
25. **(Birmano)** သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 417-347-1111 (TTY: 1-800-682-8786) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

Directivas Médicas Anticipadas y Poder Notarial Duradero para Atención Médica

Directivas Médicas Anticipadas: Protegiendo sus Derechos

Las directivas médicas anticipadas (AMD) le permiten proteger sus derechos si en algún momento usted no puede tomar decisiones o comunicarlas debido a una incapacidad física o mental. Como adulto con plena capacidad, usted tiene derecho a aceptar o rechazar cualquier tratamiento médico.

¿Qué es un Poder Notarial Duradero para Atención Médica?

Un Poder Notarial Duradero para Atención Médica (DPOA) es un documento escrito en el cual usted designa a una persona (o personas) para actuar como su agente o representante y tomar decisiones de atención médica en su nombre si usted llega a ser incapaz de hacerlo. También puede incluir sus deseos con respecto a la donación de órganos, huesos o tejidos para trasplante en caso de su fallecimiento. Para que este documento sea válido, debe estar firmado y notarizado o atestiguado:

- En Kansas, su firma debe estar notarizada o atestiguada por dos personas.
- En Missouri: su firma debe ser notarizada.

La misión del Sistema de Salud Freeman es apoyar el derecho del paciente a participar en la toma de decisiones sobre su atención médica. El personal de Freeman proporciona a los pacientes y sus familias información sobre instrucciones médicas anticipadas, directivas de tratamiento y poderes legales duraderos para atención médica.

Servicio de Notaría

Este servicio es únicamente para documentos relacionados con la atención médica, tales como directivas anticipadas y poderes legales duraderos para atención médica.

- Una directiva anticipada indica lo que debe hacerse si usted ya no puede tomar decisiones.
- Un Poder Notarial duradero para atención médica le permite nombrar a una persona para que tome decisiones sobre su salud si usted no puede tomarlas por sí mismo.
- Por favor entregue una copia de su directiva completada a su enfermera para que sea colocada en su expediente médico. Sus deseos no pueden ser respetados hasta que exista una copia física disponible.
- Si usted no tiene una directiva anticipada y desea una, le proporcionaremos la información necesaria para crearla.
- Nuestra política es respetar su directiva anticipada dentro de los límites de la ley y de la misión del Sistema de Salud Freeman, con algunas excepciones.
- Si tiene una orden de No Resucitar (DNR), esta será suspendida temporalmente durante cirugías o procedimientos.

Nota Importante : Las directivas médicas anticipadas no entran en efecto mientras usted aún pueda comunicar sus deseos con respecto al tratamiento médico. Revise sus directivas con regularidad y actualícelas según sea necesario. Informe a su médico, familia y agente designado sobre cualquier cambio. Usted puede revocar o modificar su directiva en cualquier momento, ya sea de manera verbal o por escrito. Freeman respetará sus deseos según estén establecidos en un documento debidamente ejecutado

Directiva Medica Anticipada Incluyendo el Poder Notarial Duradero de Atención Medica

Cuando seleccione su representante de atención médica, elija a alguien que lo/a conozca bien. Debe ser alguien en quien usted confíe y que respete su punto de vista y sus valores. Esta personal debe de ser capaz de tomar decisiones difíciles bajo estrés. Con frecuencia los miembros de familia son buena opción, pero no siempre. Es mejor elegir a alguien que siga con cercanía lo que usted quiere y será un buen abogado y defensor para usted. Tome el tiempo de discutir este documento y su punto de vista con la persona(s) que usted eligió para ser su representante.

Un agente de atención medica deberá tener mínimo 18 años de edad. Su representante de atención medica no puede ser su médico, o un empleado de su médico a menos que él o ella sea un pariente cercano.

Este documento no le da a su representante de atención medica la autoridad de:

Tomar decisiones financieras o alguna decisión de negocios.

Hacer ciertas decisiones sobre tratamientos sobre su salud mental.

Para completar esta directiva anticipada

Esta directiva anticipada está dividida en tres partes:

Parte 1 - Mi agente de atención medica

Parte 2 - Declaración de deseos, institución de cuidados o limites

Parte 3 - Provisiones Generales

Siga las instrucciones en cada una de las tres partes

PODER NOTARIAL DURADERO PARA ATENCIÓN MÉDICA Y/O DIRECTIVA DE ATENCIÓN MÉDICA

(Escribir nombre completo) _____

(Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal) _____

Hago este Poder Notarial Duradero y/o Directiva de Atención Médica para ejercer mi derecho a determinar el curso de mi atención médica y para proporcionar prueba clara y convincente de mis decisiones de tratamiento cuando no tenga la capacidad de tomar o comunicar mis decisiones. Mi intención es que este documento sea válido en cualquier jurisdicción en la que se presente. Las disposiciones de este documento son separables, de modo que la invalidez de una o más disposiciones no afectará a las demás.

PARTE 1. PODER NOTARIAL DURADERO DE ATENCION MEDICA

(Si usted NO DESEA nombrar a alguien para que actúe como representante en la toma de decisiones, marque una "X" en la Parte 1 en las páginas 1 & 2 y continúe a la Parte 2.)

1. Selección de Agente.

Yo, (nombre impreso) _____ **DOB:** _____ actualmente residente de
 _____ Condado, _____ (Estado), designo a la siguiente persona como mi verdadero y apoderado
 legal como ("Agente"):

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono(s): 1^{ro} _____ 2do _____

2. Agente Alterno. Si mi Agente renuncia, no puede o no está disponible para tomar decisiones de atención médica por mí, o si el Agente nombrado por mí es mi cónyuge y estamos divorciados o legalmente separados, nombro a las siguientes personas, en el orden indicado, para servir como mis Agentes Alternos y para tener los mismos poderes que mi Agente:

Primer Agente Alterno:

Name: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Segundo Agente Alterno:

Name: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

3. Durabilidad. Este es un Poder Notarial Duradero, y la autoridad de mi Agente, cuando sea efectiva, no terminará ni será nula o anulable si llego a estar discapacitado o incapacitado, o si más adelante surge incertidumbre sobre si estoy vivo o muerto.

4. Fecha de efectividad respecto a decisiones médicas. Este Poder Notarial Duradero es efectivo para decisiones de atención médica cuando esté incapacitado y no pueda tomar o comunicar una decisión médica, según lo determine mi médico.



5. **Poderes del Agente.** Concedo a mi Agente plena autoridad en la toma de decisiones de atención médica, incluyendo:

- a. Dar consentimiento, prohibir o retirar cualquier tipo de atención médica, atención a largo plazo, cuidados paliativos o de hospicio, tratamiento o procedimiento, ya sea en mi residencia o en una instalación externa, incluso si mi muerte puede resultar, incluyendo, entre otros, una orden de no resucitar fuera del hospital, con la siguiente autorización específica (marque UNA opción):
 - AUTORIZO a mi Agente** a indicar a un médico de salud que retenga o retire nutrición o hidratación artificial (incluyendo alimentación o hidratación vía sonda);
 - NO AUTORIZO** a mi Agente a indicar a un proveedor de salud que retenga o retire nutrición o hidratación artificial (incluyendo alimentación o hidratación por sonda);
- b. Hacer todos los arreglos necesarios para servicios de atención médica y contratar o despedir al personal médico responsable.
- c. Trasládame dentro o fuera de cualquier instalación de atención médica, residencial o de vida asistida, o de mi hogar (aun contra consejo médico) para implementar sus decisiones.
- d. Realizar cualquier otra acción necesaria para cumplir con lo que autorizo aquí, incluyendo, pero no limitado a, otorgar cualquier exención o liberación de responsabilidad requerida por cualquier proveedor de atención médica y emprender cualquier acción legal, a cargo de mi patrimonio, para hacer cumplir este Poder Notarial Duradero para Atención Médica.
- e. Recibir información relacionada con mi atención médica, obtener copias de mis expedientes médicos y revisarlos, otorgar consentimiento para la divulgación de mis expedientes médicos, y actuar como mi "representante personal", según se define en las regulaciones [45 C.F.R. 164.502(g)] promulgadas conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA");

6. **Fecha de efectividad respecto a otras autoridades.** Además de los poderes establecidos anteriormente, autorizo, con efecto a partir de mi firma y sin necesidad de una certificación de incapacidad por parte de un médico, que mi Agente tenga uno o más de los siguientes poderes (marque sus opciones):

- Determinar qué sucederá con mi cuerpo después de mi muerte (autoridad relativa al derecho de sepultura).
- Dar consentimiento, después de mi muerte, para una autopsia o examen postmortem de mis restos.
- Delegar el poder de toma de decisiones de atención médica a otra persona ("Delegado") seleccionada por mi Agente, y dicha persona deberá ser identificada por escrito por mi Agente.

Con respecto a donaciones anatómicas de mi cuerpo o de cualquier parte (ejemplo., órganos o tejidos), por favor coloque sus iniciales junto a la opción que corresponda:

AUTORIZACIÓN DE DONACIÓN ANATÓMICA. Deseo AUTORIZAR a mi Agente para realizar una donación anatómica de mi cuerpo o de alguna parte del mismo (órgano o tejido).

<p>Mis donaciones son para los siguientes propósitos (marque sus opciones: (marque sus opciones):</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Transplante<input type="checkbox"/> Terapia<input type="checkbox"/> Investigación<input type="checkbox"/> Educación<input type="checkbox"/> Todos los anteriores	<p>ESPECIFICACIONES DE LA DONACIÓN: Deseo donar (marque sus opciones):</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Cualquier órgano y tejido necesario, según lo permita la ley.<input type="checkbox"/> Cualquier órgano y tejido necesario, según lo permita la ley, con las siguientes restricciones:
---	---

PROHIBICIÓN DE DONACIÓN ANATÓMICA. NO AUTORIZO a mi Agente a realizar una donación anatómica de mi cuerpo o de cualquier parte del mismo (órgano o tejido).



PART 2. DIRECTIVA DE ATENCIÓN MÉDICA

(Si usted NO DESEA hacer una directiva de atención médica, pero desea únicamente que un Agente tome decisiones por usted sin la directiva, asegúrese de haber completado la Parte 1 en las páginas 1 y 2, marque una "X" en la Parte 2 en las páginas 2 y 3, y continúe a la Parte 3).

1. Hago esta DIRECTIVA DE ATENCIÓN MÉDICA ("Directiva") para ejercer mi derecho a determinar el curso de mi atención médica y proporcionar prueba clara y convincente de mis elecciones e instrucciones sobre mi tratamiento.
2. Si estoy persistentemente inconsciente o no existe una expectativa razonable de recuperación de una enfermedad o condición gravemente incapacitante o terminal, ordeno que los procedimientos para prolongar la vida que yo haya inicialado a continuación sean retenidos o retirados:
 - a. **Nutrición e hidratación suministradas artificialmente**
(incluyendo alimentación e hidratación por sonda)
 - b. **Antibióticos**
 - c. **Cirugía u otros procedimientos invasivos**
 - d. **Todos los demás procedimientos médicos o quirúrgicos "para prolongar la vida"**
(que sean meramente con el propósito de mantenerme con vida sin esperanza razonable de mejorar mi condición o curar mi enfermedad o lesión)
 - e. **Resucitación cardiopulmonar (CPR)**
 - f. **Diálisis**
 - g. **Ventilador mecánico (respirador)**
 - h. **Quimioterapia**
 - i. **Radioterapia**
 - j. **Otros procedimientos especificados por mí:** _____
(Por Favor describa)
3. Sin embargo, si mi médico considera que cualquier procedimiento destinado a prolongar la vida puede conducir a una recuperación que sea significativa para mí –según lo haya comunicado yo o mi Agente a mi médico– entonces ordeno a mi médico intentar dicho tratamiento durante un período de tiempo razonable.
Si dicho tratamiento no mejora mi condición, ordeno que el tratamiento sea retirado, aun si ello acorta mi vida. También ordeno que se me proporcione tratamiento médico para aliviar el dolor o brindarme comodidad, incluso si dicho tratamiento pudiera acortar mi vida, disminuir mi apetito, afectar mi respiración o causar dependencia.
4. Si he elegido no recibir procedimientos destinados a prolongar la vida (si he marcado todas las casillas anteriores), por favor marque una de las siguientes opciones): DESEO RECIBIR o NO DESEO recibir cuidados paliativos; cuidados de hospicio; medicamentos para la ansiedad, el dolor y/o el malestar; trocitos de hielo; hisopos bucales; ni ninguna otra medida de comodidad.
5. Si ya he otorgado consentimiento para estar registrado en el registro estatal aplicable de donación de órganos y tejidos, o si mi Agente ha autorizado la donación de mis órganos o tejidos, entiendo que podría ser necesario mantener mi cuerpo artificialmente después de mi muerte hasta que mis órganos o tejidos puedan ser removidos.

SI NO HE DESIGNADO A UN AGENTE EN EL PODER NOTARIAL DURADERO PARA ATENCIÓN MÉDICA, LA PARTE II DE ESTE DOCUMENTO DEBERÁ TENER PLENA VIGENCIA COMO MI DIRECTIVA DE ATENCIÓN MÉDICA.



PART 3. DISPOSICIONES GENERALES INCLUIDAS EN EL PODER NOTARIAL DURADERO PARA ATENCIÓN MÉDICA Y LA DIRECTIVA DE ATENCIÓN MÉDICA

1. Relación entre el Poder Notarial Duradero para Atención Médica y la Directiva de Atención Médica. Relación entre el Poder Notarial Duradero para Atención Médica y la Directiva de Atención Médica. Si he ejecutado tanto el Poder Notarial Duradero para Atención Médica como la Directiva de Atención Médica, insto a mi Agente a:

- a. Primero, seguir mis decisiones tal como se expresan en la Directiva o según lo que mi Agente sepa de mí o nuestras conversaciones previas acerca de decisiones relacionadas con procedimientos para prolongar la vida.
- b. Segundo, si mi Agente no conoce mis decisiones para la situación específica, pero tiene evidencia de mis preferencias, mi Agente puede determinar cómo yo decidiría. Mi Agente debe considerar mis valores, creencias religiosas, decisiones pasadas y declaraciones previas. El objetivo es decidir como yo decidiría, incluso si no es lo que el Agente elegiría para sí mismo.
- c. Tercero, si mi Agente tiene poco o ningún conocimiento de mis posibles decisiones, entonces mi Agente y mis médicos deberán tomar una decisión basada en lo que una persona razonable en la misma situación decidiría. Confío en la capacidad de mi Agente para tomar decisiones en mi mejor interés si no cuenta con suficiente información para seguir mis preferencias.
- d. Finalmente, si el Poder Notarial Duradero para Atención Médica se considera ineficaz o si mi Agente no puede cumplir su función, la Directiva de Atención Médica deberá utilizarse por sí sola como instrucciones firmes para mis proveedores de salud en cuanto a procedimientos destinados a prolongar la vida.

2. Protección para terceros que confían en mi Agente. Ninguna persona que confíe de buena fe en cualquier representación hecha por mi Agente o Agente Alterno será responsable ante mí, mi patrimonio, mis herederos o cesionarios por reconocer la autoridad del Agente.

3. Revocación de un Poder Notarial Duradero para Atención Médica o una Directiva de Atención Médica Previa. Revoco cualquier testamento vital, declaración o directiva de atención médica que haya ejecutado previamente. Si he designado un Agente en un Poder Notarial duradero anterior, revoco dicho Poder Notarial duradero previo o cualquier término relacionado con la atención médica contenido en él. Mi intención es que este Poder Notarial Duradero para Atención Médica (si se completa) y esta Directiva de Atención Médica (si se completa) sustituyan y reemplacen cualquier documento anterior.

4. Validez. Este documento tiene la intención de ser válido en cualquier jurisdicción en la que se presente. Sus disposiciones son separables, de modo que la invalidez de cualquier parte no afectará las demás. Una copia de este documento será tan válida como el original.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Durante su estancia en Freeman Health System, nos esforzaremos por brindarle la mejor atención posible.



TENGA CUIDADO DE NO CAERSE

Llame a una enfermera antes de intentar levantarse de la cama. Levántese lentamente y use calcetines antideslizantes, pantuflas u otro calzado resistente a resbalones. Mantenga un camino libre de obstáculos que le permita moverse con libertad.



PROTEJA SU PIEL

Para prevenir úlceras por presión, ajuste su posición en la cama con frecuencia y muévase tanto como pueda hacerlo de manera segura. Revise su piel todos los días y manténgala tan limpia y seca como sea posible.



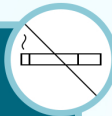
LÁVESE LAS MANOS

Las manos limpias ayudan a reducir el riesgo de infección. Sus visitantes y quienes lo cuidan en casa también deben lavarse las manos o usar desinfectante con frecuencia.



MANTÉNGASE EN MOVIMIENTO

Consulte con su enfermera cuándo es seguro levantarse. Mientras esté en cama, mueva suavemente las piernas y tobillos. Pregunte a su médico sobre dispositivos que ayudan a mejorar la circulación.



NO FUMAR

Los pacientes que no fuman suelen recuperarse más rápido. Si fuma, hable con su médico sobre opciones para dejar de fumar. Este podría ser un buen momento para intentarlo.



TOME SUS MEDICAMENTOS

Tome sus medicamentos exactamente como se le indicó su médico. Esté atento a los efectos secundarios y avise si experimenta alguna reacción adversa.



AVISE SI TIENE DOLOR

Informe a alguien si está experimentando dolor o efectos secundarios por los medicamentos. Preste atención a cómo se siente y comuníquelo.

Programa de Asistencia Financiera de Freeman Health System

El Programa de Asistencia Financiera del Sistema de Salud Freeman existe para proporcionar a los pacientes elegibles atención médica urgente o médicamente necesaria con descuentos parciales o totales. Los pacientes que soliciten asistencia financiera deben presentar una solicitud para el programa.

ELEGIBILIDAD:

Freeman ofrece asistencia financiera para pacientes elegibles que reciban atención urgente o médicamente necesaria en hospitales o clínicas de Freeman. Los servicios deben ser facturados por Freeman para calificar. Algunos servicios externos, como patología, pueden calificar; los pacientes deben comunicarse directamente con esos proveedores.

Para calificar, los pacientes deben haber recibido servicios elegibles, presentar una Solicitud de Asistencia Financiera completa con toda la documentación requerida y haber sido aprobados por Freeman.

CÓMO SOLICITAR:

Los pacientes pueden descargar la Solicitud de Asistencia Financiera en freemanhealth.com, donde el formulario es editable. Los solicitantes pueden ingresar su información personal, guardar el formulario completado en su dispositivo y enviarlo por correo electrónico –junto con toda la documentación requerida– a nuestros Socios de Elegibilidad en: freemanfinancialassistance@freemanhealth.com.

Alternativamente, pueden solicitar una solicitud en cualquier mostrador principal de registro dentro de hospitales o clínicas de Freeman. Las solicitudes también están disponibles en persona en el Departamento de Cuentas de Pacientes de Freeman, ubicado en: 3220 McClelland Boulevard, Joplin, Missouri. También puede comunicarse por teléfono al 417.347.6686 o presentar una solicitud por escrito.

Si se envía por correo, la solicitud completada y toda la documentación requerida debe enviarse a: Freeman Health System: **Patient Accounts** 1102 W. 32nd St. Joplin, MO 64804

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA:

Los pacientes pueden calificar para asistencia financiera. Se ofrecen descuentos de hasta el 100%, para quienes califiquen. La solicitud y la política vigente de asistencia financiera se encuentran en el sitio web del hospital.

Freeman revisa las solicitudes completas conforme a su Política de Asistencia Financiera. Las solicitudes incompletas no serán procesadas; sin embargo, se notificará al solicitante y se le permitirá proporcionar la información faltante.

¿Necesita ayuda? ¿Tiene preguntas?

Para preguntas sobre transparencia de precios, solicitar un estimado de buena fe, o entender las protecciones bajo la Ley de Facturación sin Sorpresas (No Surprises Act), visite freemanhealth.com.

También puede comunicarse con Freeman Patient Accounts al 417.347.6686, de lunes a viernes, 8:00 a.m. a 4:30 p.m., para hablar con un representante.