

First Choice Health Centers, Inc.
Patients' Bill of Rights and Responsibilities

YOU HAVE THE RIGHT TO:

- ❖ Expect quality care and service from a provider within the primary care medical home.
- ❖ Seek specialty care.
- ❖ Receive considerate, respectful, and nondiscriminatory care.
- ❖ Receive a full explanation of your diagnosis, treatment plan, and prognosis in terms you can understand in advance.
- ❖ Receive all necessary information to participate in decisions about your care and to give your informed consent before any diagnostic or therapeutic procedure is performed.
- ❖ Be informed about unanticipated outcomes of care, treatment, or services that relate to sentinel events as defined by The Joint Commission.
- ❖ Refuse treatment, except as prohibited by law, and to be informed of the consequences of your decision.
- ❖ Participate in the consideration of ethical issues that arise in your care.
- ❖ Care which takes into consideration your psychosocial, spiritual, and cultural values in a language you understand.
- ❖ Expect that your personal privacy will be respected by all staff members.
- ❖ Talk in confidence with health care providers and to have your health care information protected in accordance with the requirements of state and federal law.
- ❖ Know the names and positions of people involved in your care by official nametag or personal introduction.
- ❖ Ask and receive an explanation of any services, unit charges and billing processes used by the Center even if they are covered by insurance. Receive a copy of the Center's Sliding Fee Scale Policy.
- ❖ Obtain another clinical opinion prior to any procedure.
- ❖ Request a copy of your medical records. A written authorization may be required and there may be a charge for the copies in accordance with Center's policies and procedures and Connecticut law. The Center has up to 30 days to comply with an authorization.
- ❖ Review under supervision by a Center staff member any medical records created and maintained by the Center regarding your care and treatment.
- ❖ Have your guardian, next of kin or legally authorized responsible person exercise your rights for you if you have been medically or legally determined to be unable to participate yourself.
- ❖ Involve the family in care, treatment, or services decisions to the extent permitted by the patient or surrogate decision-maker.
- ❖ Be made aware of advance directives and to know how the Center will respond to such advance directives.
- ❖ Refuse to participate in research.
- ❖ Submit complaints or offer suggestions to improve services without discrimination or reprisal to the Center (860.610.6148), The Joint Commission (patientsafetyreport@jointcommission.com), or the Commissioner of the Connecticut Department of Public Health (860.509.7100).
- ❖ Expect reasonable notice if the Center's relationship with you is to be altered or terminated.

YOU ARE RESPONSIBLE FOR:

- ❖ Treating staff and other patients with respect and consideration.
- ❖ Providing accurate and complete information about yourself and your health history, and regarding your relationship to the patient, if you are not the patient.
- ❖ Providing the necessary information to complete your health file.
- ❖ Maintaining optimal health and following treatment plans and instructions for care as agreed to with your health care provider.
- ❖ Asking questions if you do not understand the explanation of your diagnosis, treatment, prognosis or any instructions provided to you.
- ❖ Payment of any charges billed to you by the Center.
- ❖ Following the policies and rules of the Center that are posted in and/or distributed to you by Center.
- ❖ Providing your provider with at least 24 hours notice when you or your family is in need of medications or a prescription.
- ❖ Arriving on time for appointments. If you are ten (10) minutes or more late for an appointment, we cannot guarantee your appointment.
- ❖ Calling at least 24 hours in advance of your appointment to cancel and/or reschedule.
- ❖ Supervising and maintaining the safety of your children or other minors who accompany you to the Center.

FIRST CHOICE HEALTH CENTERS, INC.

Declaración de derechos y responsabilidades de los pacientes

USTED TIENE EL DERECHO DE:

- ❖ Contar con cuidado y servicio de calidad.
- ❖ Buscar atención especializada.
- ❖ Recibir cuidado considerado, respetuoso, y no discriminatorio.
- ❖ Recibir una explicación de su diagnóstico, tratamiento, y pronóstico en términos que usted entienda.
- ❖ Recibir la información necesaria para participar en las decisiones respecto a su cuidado y dar su consentimiento informado antes de someterse a cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- ❖ Estar informados acerca de los resultados inesperados de cuidado, tratamiento o servicios que se relacionan para prevenir eventos tal como se define por la Junta Comision.
- ❖ Negar tratamiento, excepto según lo prohíba la ley, y ser informado de las consecuencias de su decisión.
- ❖ Participar en la consideración de cuestiones éticas que se presenten en su cuidado.
- ❖ Recibir cuidado que tome en consideración sus valores psicosociales, espirituales, y culturales.
- ❖ Contar con que su privacidad personal será respetada por todos los miembros del personal.
- ❖ Hablar en confianza con los proveedores de servicios de salud y tener su información de servicios de salud protegida en conformidad con los requisitos de la ley estatal y federal.
- ❖ Saber los nombres y puestos de las personas ocupadas en sus cuidados por medio de una etiqueta oficial con su nombre o introducción personal.
- ❖ Pedir y recibir una explicación de todos los cargos cobrados por la clínica aunque estén cubiertos por seguro.
- ❖ Obtener otra opinión clínica antes de cualquier procedimiento.
- ❖ Requerimiento para la copia de su historia/records médicos. Una autorización por escrito puede ser necesaria y puede haber un cargo u costo por las copias, en acuerdo con los procedimientos y políticas de la clínica y de la ley de Connecticut. La clínica tiene hasta 30 días para procesar dicha autorización.
- ❖ Revisar bajo la supervisión de un miembro del personal cualesquier registros médicos creados por la clínica respecto a sus cuidados y tratamiento.
- ❖ Dejar que su tutor, pariente más cercano o persona responsable legalmente autorizada ejerza sus derechos por usted si se ha determinado que está incapaz, por razones médicas o legales, de participar por sí mismo.
- ❖ El paciente tiene derecho a involucrar a la familia del paciente en el cuidado, tratamiento o servicios decisiones en la medida permitida por la paciente o alternativas para tomar sustituto decisions.
- ❖ Ser informado respecto a las instrucciones previas y saber cómo la clínica responderá a tales instrucciones previas.
- ❖ Negarse a participar en investigaciones científicas.
- ❖ Presentar quejas u ofrecer sugerencias para mejorar los servicios sin discriminación ni represalias al Centro (860.610.6148), The Joint Commission (patientsafetyreport@jointcommission.com), a la Commissioner del Connecticut Department de Public Health (860.509.7100).
- ❖ Contar con un aviso razonable si la relación de la clínica con usted fuera a ser alterada o terminada.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:

- ❖ Tratar al personal y a otros pacientes con respeto y consideración.
- ❖ Dar información precisa y completa acerca de usted y su historial de salud, y respecto a su relación con el paciente, si usted no es el paciente.
- ❖ Proporcionar la información necesaria para completar su expediente de salud.
- ❖ Mantener óptima salud y seguir los planes e instrucciones de tratamiento conforme al acuerdo con su proveedor de servicios de salud.
- ❖ Hacer preguntas si usted no entiende la explicación de su diagnóstico, tratamiento, pronóstico o cualesquier instrucciones que se le hubiesen dado.
- ❖ El pago de cualesquier cargos cobrados a usted por la clínica.
- ❖ Cumplir con las normas y reglas que estén anunciadas y/o entregadas a usted por la clínica.
- ❖ Darle a su proveedor por lo menos 24 horas de aviso cuando usted o su familia necesite medicamentos o una receta.
- ❖ Llegar a tiempo a las citas. Si llega diez (10) minutos o más tarde a una cita, no podemos garantizar su cita.
- ❖ Llamar por lo menos 24 horas antes de su cita para cancelarla y/o cambiar la cita.
- ❖ Supervisar y mantener la seguridad de sus niños u otros menores que le acompañen al centro de salud.



Discrimination is Against the Law

First Choice Health Centers, Inc. "Center" complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate or treat people differently on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

The Center:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, bilingual)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in the patient's primary language

If you need these services, ask the front desk staff, the site administrator, or your provider.

If you believe that the Center has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you may file a grievance in person, by mail or fax with:

Chief Operations Officer
94 Connecticut Boulevard, East Hartford, CT 06108
Phone: (860) 610-6148 Fax: (860) 290-4142

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



La Discriminación es Contra la Ley

First Choice Health Centers, Inc. "cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina a personas diferentes en base a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

El centro:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de seña.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, bilingüe).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, con
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en el lenguaje primario del paciente.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con el personal de recepción, el administrador del sitio o el gerente de servicios al cliente.

Si considera que First Choice Health Centers no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, raza, sexo, puede presentar un reclamo en persona, por correo o fax:

Directora de Operaciones
94 Connecticut Boulevard, East Hartford, CT 06108
Phone: (860) 610-6148 Fax: (860) 290-4142

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos o a través del portal de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Departamento of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.htm>