



**Florida
Health Care
Plans**



An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

SUS DERECHOS COMO MIEMBRO DE FLORIDA HEALTH CARE PLANS

A menos que sea contraindicado médicamente, usted esta asegurado de los siguientes derechos:

Usted tiene derecho de:

1. Una respuesta razonable a sus pedidos y necesidades de tratamiento y servicios dentro de la capacidad, misión, leyes y reglas aplicables de Florida Health Care Plans.
2. Ser informado sobre el consentimiento o rechazo al tratamiento recomendado.
3. Presentar quejas sin comprometer futuros cuidados de salud, si usted entiende que estos derechos no han sido cumplidos.
4. Ordenar una apelación. Pongase en contacto con el departamento de Servicio de Miembros para detalles.
5. Ser tratado con dignidad y consideración como un individuo con valores y creencias personales, con compasión y respeto, con protección razonable de daño, y con privacidad apropiada.
6. Recibir cuidado de salud de calidad con respeto y dignidad sin importar raza, afiliación, origen nacional, religión, sexo, edad, incapacidad física o mental o condición medica, preferencia sexual, experiencia en reclamaciones, historial medico, evidencia de cubierta (incluyendo condiciones surgidas por actos de violencia domestica), incapacidad, información genética o fuente de pago.
7. Ser informado de diagnósticos, pruebas, tratamientos y pronóstico de su condición de salud. Cuando su salud sea de preocupación y poco aconsejable darle información, dicha información puede estar disponible para alguna persona designada por usted o legalmente autorizada.
8. Estar seguro de la confidencialidad en el manejo y revelación de archivos, y permitirle la oportunidad de aprobar o rechazar la divulgación de dicha información, excepto cuando sea requerida por ley.
9. Rechazar tratamiento hasta donde sea permitido por ley y ser informado de las consecuencias de su rechazo. Cuando el miembro o representante legal rechaza tratamiento e impide la disposición de un cuidado apropiado y de acuerdo con las exigencias de ética profesional, la relación con el miembro puede ser terminada con previo aviso.
10. Participar en decisiones relacionadas al cuidado de su salud, incluyendo asuntos éticos, culturales y creencias religiosas, a menos que sea contraindicado por su condición.
11. Rechazar la participación en experimentos de investigación.
12. Saber el nombre del medico que esta coordinando el cuidado de su salud y pedir cambio de su medico primario por escrito.
13. Tomar decisiones concernientes a tales cuidados médicos, incluyendo el derecho de aceptar o rechazar tratamiento medico o quirúrgico y el derecho de crear directivas por adelantado (Testamento, “Living Wills” en ingles, etc.) de acuerdo con la ley Federal titulada “Patient Self Determination Act” y el estatuto de la Florida Capitulo 765 “Health Care Advance Directives” Estos derechos también deberán incluir el derecho de designar a otra persona ya sea por un Poder legal o por designación de un sustituto del cuidado de salud para tomar decisiones por usted y proveer consentimiento si usted no esta capacitado para hacerlo.
14. Hacer recomendaciones sobre la póliza de los derechos y responsabilidades de miembros de la organización.



**Florida
Health Care
Plans**



An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

SUS RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO DE FLORIDA HEALTH CARE PLANS

Para asegurarle un cuidado de salud de más alta calidad a un costo razonable, es muy importante que cumpla con las siguientes responsabilidades como miembro de FHCP. El listado también indica la importancia de su contribución en el resultado de su cuidado de salud.

SUS RESPONSABILIDADES SON:

1. Proveer información completa y correcta sobre quejas presentes, condiciones pasadas, medicamentos y cambios inesperados de su condición.
2. Entender y seguir las instrucciones recomendadas para el tratamiento.
3. Mantener las citas o notificar inmediatamente cuando no pueda asistir a ellas.
4. Seguir las reglas de seguridad y sus rótulos.
5. Consideración y respeto para el personal medico y otros miembros de FHCP.
6. Entender que usted será responsable de sus actos y de posibles consecuencias si usted rechaza tratamiento y no sigue las instrucciones de su medico.
7. Obtener todos sus servicios de salud a través de FHCP, excepto emergencias.
8. Conocer sus medicamentos y tomarlos de acuerdo a las instrucciones.
9. Reportar tratamientos de emergencia a las oficinas administrativas de FHCP lo más pronto posible.
10. Presentar su tarjeta de identificación medica de FHCP cada vez que deje su receta y recoja sus medicamentos.
11. Utilizar la sala de emergencia solamente para emergencias y/o serios accidentes.