

Patient Rights and Responsibilities

These are your rights and responsibilities as a patient. To receive an oral or written translation of this document, please call the Family Liaison Program at 401-432-1205 or call 432-1000.

Estos son sus derechos y obligaciones como paciente. Para recibir una traducción oral o escrita de este documento, llame al Programa de Enlace Familiar (Family Liaison Program) al 401-432-1205 o al 432-1000. (Spanish)

Estes são seus direitos e responsabilidades como paciente. Para receber uma tradução oral ou escrita deste documento, ligue para o Family Liaison Program (Programa de Coordenador Familiar) no telefone 401-432-1205 ou ligue para 432-1000. (Portuguese)

Будучи пациентом, вы имете следующие права и обязанности. Чтобы получить устный или письменный перевод этого документа, просим обращаться в Программу связей с семьями (Family Liaison Program) по телефону 401-432-1205 или 432-1000. (Russian)

Kes li é bus direitu i risponsabilidadadi komu pasienti. Pa bu resebe un traduson oral o skrebedu des dukumentu li, pur favor txoma Family Liaison Program pa númeru di tilifoni 401-432-1205 o nton pa númeru di tilifoni 432-1000. (Cape Verdean Creole)

ទាំងនេះជាសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាអ្នកជម្ងឺ ។ ដើម្បីទទួលបាននូវការបកប្រែ ឯកសារនេះដោយផ្ទាល់មាត់ក្តី ឬដោយការសរសេរក្តី សូមទូរស័ព្ទទៅកម្មវិធីទំនាក់ទំនង សម្របសម្រួល (Family Liaison Program) តាមលេខ 401-432-1205 ឬទូរស័ព្ទទៅ លេខ 432-1000 ។ (Khmer)

TDD/TTY #711 or RI Relay # 1-800-745-5555. phones are available at this hospital. Please ask a hospital staff member to assist you.



Bradley Hospital
A Lifespan Partner

Sign Language - you have a right to a sign language interpreter at no cost if you need one.



Bradley Hospital
1011 Veterans Memorial Parkway
East Providence, RI 02915
401-432-1000
BradleyHospital.org

You have the right to:

1. Kind, safe and respectful care
2. Treatment and information without discrimination based on age, color, culture, ethnicity, gender identity or expression, language, national origin, physical or mental disability, race, religion, sex, sexual orientation, socioeconomic status, or source of payment
3. Interpreter and translation services at no cost if your English is limited
4. The name of any physician, provider, or institution that is responsible for, or involved in, your care or treatment
5. Personal privacy and confidentiality of your medical records, in accordance with law and hospital policy
6. Participate in your care and make informed decisions, including the right to refuse treatment as permitted by law
7. Choose someone to make health care decisions for you
8. Make advance directives ("Durable Power of Attorney for Health Care" or "Living Will") and include them in your medical record
9. Assessment and management of your pain
10. A reasonable response if your health care provider requests medical services for you or if you request additional services
11. Freedom from restraints and seclusion that are not medically necessary or that are used as a means of coercion, discipline, convenience, or retaliation by staff
12. Give or refuse informed consent to participate in human subjects research as required by law
13. Be informed about the reasons and alternatives before you are transferred to another facility
14. Review your hospital bill and be given an explanation of the charges, regardless of the source of payment; you will be provided with a summarized medical bill within 30 days of discharge, and an itemized bill on request
15. Examine and obtain a copy of your medical records, at no charge in certain cases
16. Examine any hospital rules and regulations that govern your treatment
17. The presence of someone whom you choose to give you emotional support, and visits from people you choose, unless it interferes with others' care or your own

You have the responsibility to:

- Provide the hospital or your physician with information about past illnesses, hospitalizations, medications, allergies, and other matters related to your health care
- Inform the hospital if you do not understand or will be unable to carry out medical instructions
- Not take any drugs unless they are prescribed by your physician and administered by hospital staff
- Treat staff and licensed independent practitioners with respect, and use civil language
- Be considerate of other patients and their visitors, particularly respecting privacy, not smoking, and keeping noise at a reasonable level
- Keep all appointments and provide advance notice if you are unable to keep an appointment
- Let hospital staff know if you have prepared advance directives ("Durable Power of Attorney for Health Care" and/or "Living Will") and provide a copy to the hospital
- Provide complete insurance information
- Take financial responsibility for paying for all services rendered, either through your insurance, or by personally paying for any services that are not covered by insurance
- Participate in the process of medical education of future health care professionals, as authorized by the hospital

The hospital will provide you with an interpreter if you need one, at no cost. Please ask your provider to page 350-2688 weekdays 8 a.m. – 3:30 p.m., or to contact the hospital supervisor after hours at 401-432-1000.

If you have a concern or feel your rights have been violated, you may make a complaint through the

hospital's complaint procedure. Please visit or call the Family Liaison Program at 401-432-1205, or after hours call the hospital operator at 401-432-1000. You may also contact the Rhode Island Department of Health, 3 Capitol Hill, Providence, RI 02908, 401-222-5200, or The Joint Commission (hospital accreditation), 1-800-994-6610.

Usted tiene los siguientes derechos:

1. Recibir una atención cortés, segura y respetuosa.
2. Recibir tratamiento e información sin ser discriminado por su edad, color, cultura, etnia, expresión o identidad de género, idioma, país de origen, discapacidad física o mental, raza, religión, sexo, orientación sexual, estatus socioeconómico o fuente de pago.
3. Servicios de interpretación o traducción sin costo si su inglés es limitado.
4. Saber el nombre de cualquier médico, proveedor o institución que es responsable de su tratamiento o atención, o que participe de ellos.
5. Privacidad y confidencialidad de sus registros médicos, conforme a las leyes y las normas del hospital.
6. Participar en su atención y tomar decisiones informadas, incluido el derecho a rechazar tratamiento según lo permitido por la ley.
7. Escoger a otra persona para que tome decisiones de salud por usted.
8. Indicar sus voluntades anticipadas ("Poder notarial permanente para asuntos de salud" o "Testamento vital") e incluirlas en su historia clínica.
9. Evaluación y manejo de su dolor.
10. Tener una respuesta razonable si su proveedor de atención médica solicita servicios médicos para usted o si usted solicita servicios adicionales.
11. El no uso de medios de sujeción o reclusión que no son médicamente necesarios o que se usan como forma de coerción, disciplinamiento, conveniencia o represalia del personal.
12. Otorgar o rechazar un consentimiento informado para ser incluido como participante humano de investigación, según lo establecido por la ley.
13. Recibir información sobre las razones y alternativas antes de ser derivado a otra institución.
14. Revisar la factura del hospital y recibir explicaciones de los cargos, sin importar cuál sea la fuente de pago. Usted debe recibir una factura resumida de los gastos médicos dentro de los 30 días del alta, y una factura detallada si así lo solicita.
15. Examinar y recibir una copia de su historia clínica, sin cargo en determinados casos.
16. Examinar toda norma y regulación que rige su tratamiento.
17. Contar con la presencia de una persona que usted determine para brindarle apoyo emocional, y visitas de las personas que usted escoja, salvo que interfieran en la atención que deben brindarle.

Usted tiene las siguientes obligaciones:

- Brindarle al hospital o su médico información sobre sus antecedentes de enfermedades, internaciones, medicación, alergias y otros asuntos relacionados con su atención médica.
- Informar al hospital si usted no comprende o no podrá cumplir con las instrucciones médicas.
- No tomar ningún medicamento salvo que haya sido indicado por su médico y administrado por el personal del hospital.
- Tratar al personal y profesionales licenciados independientes con respeto y usar lenguaje civilizado.
- Ser considerado con los otros pacientes y sus visitas, en particular respetar la privacidad, no fumar y no hacer mucho ruido.
- Respetar todas las citas y avisar con tiempo si no puede asistir.
- Informar al personal del hospital si tiene voluntades anticipadas ("Poder notarial permanente para asuntos de salud" o "Testamento vital") y entregar un ejemplar al hospital.
- Brindar la información completa de su seguro.
- Asumir la responsabilidad financiera de pagar todos los servicios prestados, ya sea mediante su seguro o personalmente si algún servicio no está cubierto por su seguro.
- Participar del proceso de educación médica de los futuros profesionales de atención médica, según lo autorice el hospital.

El hospital le proporcionará un intérprete sin costo, si lo necesita. Pídale a su proveedor que envíe un mensaje al buscapersonas al 350-2688, los días de semana de 8 a. m. – 3:30 p. m., o llame al supervisor del hospital fuera del horario de atención al 401-432-1000.

Si tiene alguna inquietud o cree que no se han respetado sus derechos, puede presentar una queja mediante el

procedimiento de quejas del hospital. Visite o llame al Programa de Enlace Familiar al 401-432-1205, o fuera del horario de atención, llame al hospital al 401-432-1000.

También puede contactar al Departamento de Salud de Rhode Island: 3 Capitol Hill, Providence, RI 02908, 401-222-5200, o a la Comisión Conjunta (para la certificación de hospitales) al 1-800-994-6610.