

### YOUR CARE AND TREATMENT

As a NeighborHealth patient you have the right to:

- Polite, respectful treatment. NeighborHealth does not discriminate based on age, race, ethnicity, religion, culture, language, physical or mental disabilities, socio-economic status, sex, sexual orientation and gender identity and/or expression.
- Prompt life-saving treatment in the event of an emergency without regard to your ability to pay or to your economic status.
- Adequate, prompt response to reasonable requests and your need for treatment, whenever possible.
- Have your pain evaluated and managed.
- Services of a medical interpreter at no cost to you.
- Reasonable privacy during medical treatments, medical care, and conversations.
- Confidentiality of your medical history and treatment records to the extent provided by law.
- Have your doctor or other provider explain the facts about your illness; your treatment options, benefits and risks of each option; and possible outcomes of each choice.
- Accept or refuse treatment once you have learned about the benefit and risk of each option.
- Work with your providers to develop and carry out a plan for your care.
- Ask and receive names and specialties of any providers taking care of you.
- Refuse to be observed, examined or treated by medical students or other staff members without risking your access to care and treatment.
- Specify those to be allowed to visit you. NeighborHealth will limit visits by anyone deemed to pose a safety or health risk to you, other patients or staff.
- The presence of your chosen support person unless it infringes on the rights of others or poses a safety or health risk to you, other patients or staff.
- Complete an advance directive form (such as a Health Care Proxy or medical power of attorney), instructing NeighborHealth and your providers about your treatment choices and naming your designated "health care agent." NeighborHealth will respect the wishes of your chosen health care agent in the event that you are unable to speak for yourself. If you have not named a health care agent and cannot speak for yourself, NeighborHealth will accept the assertion of your spouse or domestic partner, parent or other family member who claims to be your representative. If more than one professes to be your representative, NeighborHealth will request supporting documentation from each in order to make its determination.
- Choose to enroll in a research study if invited. You also have the right not to enroll without affecting your medical care.

### YOUR MEDICAL RECORDS

As a NeighborHealth patient you have the right to:

- Request an inspection of your medical record or for a reasonable fee, to receive a copy of your record
- Receive a copy of your medical record at no cost if the request supports a legal claim or appeal under the Social Security Act in any federal or state financial needs-based benefit program.
- Have portions of your medical record sent to a physician at another institution at no charge to you, provided you complete the required request form.
- Request in writing that an amendment or correction be made to your record if you believe it to be inaccurate. You will receive a response within 30 days.

### FINANCIAL ISSUES

As a NeighborHealth patient you have the right to request and receive:

- Information about financial assistance and free health care.
- Copies of itemized bills and other statements of charges submitted to third-party payers (insurance companies).

### RIGHTS TO INFORMATION AND MEDIATION

You have the right to:

- Receive information about NeighborHealth's policies, rules and regulations about your rights and responsibilities as a patient.
- Request and receive information about the relationship of NeighborHealth and your providers with any other health care facility or educational institution as it relates to your care.
- Contact the NeighborHealth Administration or the Chief Medical Officer at 617-568-4570 to report concerns, problems or complaints about your care or service. If you wish assistance from the health center in resolving a dilemma relating to your health care, please call NeighborHealth Administration or the Chief Medical Officer at 617-568-4570. If your concerns cannot be resolved by first talking with your providers, you may file a formal complaint or grievance. If you remain dissatisfied with the outcome, you may also contact:

#### The Massachusetts Board of Registration in Medicine

200 Harvard Mill Square, Suite 330  
Wakefield, MA 01880  
800-377-0550 | 781-876-8200  
[www.massmedboard.org](http://www.massmedboard.org)

#### MassPRO (If you have Medicare)

245 Winter Street  
Waltham, MA 02451  
800-252-5533  
[www.masspro.org](http://www.masspro.org)

#### Massachusetts Department of Public Health,

#### Division of Health Care Quality: Complaint Unit

99 Chauncy Street, 11th Floor  
Boston, MA 02111  
800-462-5540 | 617-753-8150  
[www.mass.gov/dph/dhcq](http://www.mass.gov/dph/dhcq)

#### The Joint Commission Office of Quality Monitoring

One Renaissance Boulevard  
Oakbrook Terrace, IL 60181  
800-994-6610  
[www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)

### PATIENT RESPONSIBILITIES

NeighborHealth requests that as a patient you accept the responsibility to:

- Arrive on time for scheduled appointments or telephone the provider's office when you are not able to keep your scheduled appointment.
- Provide accurate and complete information about your present complaints, past illnesses, hospitalizations, medications, advanced directives and other matters concerning your health or care.
- Inform your providers if you do not understand instructions relating to your care or treatment or if you are unable to follow the instructions.
- Be considerate of other patients.
- Make sure your visitors at NeighborHealth are considerate of others with respect to noise, and privacy.
- Observe NeighborHealth's smoke-free campus rules.
- Provide NeighborHealth with information about your insurance or financial coverage for visit charges.
- Accept responsibility for your actions if you refuse treatment or do not follow your provider's instructions.

## رعايتك وعلاجك

- كمرضى بالمستوصف الصحي بحي شرق بوسطن (EBNHC) لك الحق فيما يلي:
- معاملة كريمة ومحترمة، المستوصف الصحي بشرق بوسطن لا يميز على أساس السن، والأصل العرقي والدين، والثقافة، واللغة، والإعاقة الجسدية والعقلية، والوضع الاقتصادي الاجتماعي، والجنس، والهوية الجنسية و/أو التعبير.
- العلاج السريع المنفذ للحياة في حالة الطوارئ بغض النظر عن قدرتك على الدفع أو وضعك الاقتصادي.
- الاستجابة السريعة والمناسبة لتطلبات المعقولة وحاجتك للعلاج كلما كان ذلك ممكناً.
- تقييم ألمك وتغيير العلاج.
- خدمات المترجم الطبي بدون تكلفة منك.
- خصوصية معقولة خلال العلاج الطبي، والرعاية الطبية، والمحادثات.
- سرية تاريخ سجلك الطبي والعلاج بالقرع المنصوص عليه قانونياً.
- جعل الطبيب أو مزود الرعاية يشرح لك معلومات حول مرضك، وخيارات علاجك، وفوائد ومخاطر كل من الخيارات، والنتائج المحتملة من كل خيار.
- قبول أو رفض العلاج بعد علمك بفوائد ومخاطر كل من الخيارات.
- العمل مع مزودك للرعاية حول تطوير وتنفيذ خطة علاجك.
- السؤال والحصول على أسماء وتخصصات أي مزود لك للرعاية.
- رفض بأن تلاحظ أو تفحص أو تعالج من طرف طلاب الطب أو مزودي الرعاية الآخرين دون المخاطرة للوصول إلى الرعاية والعلاج.
- تحديد الأشخاص المسموح لهم بمرافقتك للطبيب، المستوصف الصحي بحي شرق بوسطن سوف يحدد الزيارات لأي شخص يرى بأنه يشكل خطراً على صحتك وسلامتك، أو صحة وسلامة الآخرين من الموظفين والمرضى.
- وجود الشخص المرافق لك ما لم يتعدى على حقوق الآخرين أو يشكل خطراً على صحتك وسلامتك، أو صحة وسلامة الآخرين من الموظفين والمرضى.
- تبني نموذج توجيهي مسبق (مثل توكيل الرعاية الصحية أو توكيل طبي عام) يرشد المستوصف الصحي بحي شرق بوسطن ومزودك للرعاية حول اختيارك للعلاج وتسمية "وكيل الرعاية الصحية" المعين. المستوصف الصحي بحي شرق بوسطن سوف يحترم رغبات وكيل رعاية صحتك المختار في حالة لم تكن قادراً على التعبير عن نفسك إذا لم تكن قد عينت وكيل للرعاية الصحية ولم تستطع التعبير عن نفسك، سوف يقبل المستوصف الصحي بحي شرق بوسطن مطالب بيانات زوجتك أو شريك حياتك، أو الوالدين أو أي فرد من الأسرة طالبت بتمثيلك. إذا صرح أكثر من شخص بأنه ممثلك، فإن المستوصف الصحي بحي شرق بوسطن سوف يطلب دعم توثيقي من كل شخص لأخذ القرار.
- اختيار التسجيل في دراسة بحثية إذا دعيت لذلك. لك الحق أيضاً في عدم التسجيل دون تأثير قرارك على رعايتك الصحية.

## سجلك الطبي

- كمرضى بالمستوصف الصحي بحي شرق بوسطن (EBNHC) لك الحق فيما يلي:
- طلب فحص ملفك الصحي، أو الحصول على نسخة منه مقابل رسوم معقولة.
- الحصول على نسخة من ملفك الصحي دون أي تكلفة إذا كان الطلب يدعم دعوى قانونية أو استئناف بموجب قانون الضمان الاجتماعي على أساس برنامج الاحتياجات المالية في أي وكالة فيدرالية أو تابعة لولاية.
- طلب إرسال جزء من ملفك الطبي لطبيب معالج في مؤسسة أخرى دون تكلفة منك، شريطة إكمال نموذج الطلب المطلوب.
- طلب خطي لعمل تعديل أو إصلاح في ملفك الطبي إذا كنت تعتقد بأنه ليس دقيق. سوف تتلقى رداً في غضون 30 يوماً.

## المسائل المالية

- كمرضى بالمستوصف الصحي بحي شرق بوسطن (EBNHC) لك الحق في كل ما يلي والحصول عليه:
- معلومات حول المساعدة المالية و الرعاية الصحية المجانية.
- نسخ من فواتير مفصلة وبيانات الحسابات المقدمة للطرف الثالث الدفع (شركات التأمين).

## حقوقك للمعلومات والوساطة:

- لك الحق فيما يلي:
- الحصول على معلومات حول السياسات المتبعة بالمستوصف الصحي بحي شرق بوسطن (EBNHC)، والقواعد والوائح حول حقوقك واجباتك التي تتمتع بها كمرضى.
- طلب وتلقي المعلومات عن علاقة المستوصف الصحي بحي شرق بوسطن ومقدمي رعايتك الصحية بأي مرفق رعاية صحية آخر أو مؤسسة تعليمية من حيث صلتهم برعايتك الصحية.
- الاتصال بإدارة المستوصف الصحي أو المدير الطبي على الرقم 617 568 4570، للإبلاغ عن شواغل، أو مشاكل، أو شكاوى حول رعايتك وخدماتك الصحية. إذا كنت ترغب في المساعدة من المركز الصحي في حل مشكلة تتعلق برعايتك الصحية، المرجو الاتصال بإدارة المستوصف الصحي بحي شرق بوسطن أو المدير الطبي على الرقم 617 568 4570. إذا لم يكن من الممكن حل مشاكلك بعد التحدث إلى مزودك للرعاية الصحية، يمكنك تقديم شكوى رسمية أو مظلمة. إذا كنت لازلت غير راض عن النتيجة، يمكنك أيضاً الاتصال بالجهات التالية:

The Massachusetts Board of Registration in Medicine  
200 Harvard Mill Square, Suite 330  
Wakefield, MA 01880  
800-377-0550 | 781-876-8200  
www.massmedboard.org

MassPRO (If you have Medicare)  
245 Winter Street  
Waltham, MA 02451  
800-252-5533  
www.masspro.org

Massachusetts Department of Public Health,  
Division of Health Care Quality: Complaint Unit  
99 Chauncy Street, 11th Floor  
Boston, MA 02111  
800-462-5540 | 617-753-8150  
www.mass.gov/dph/dhccq

The Joint Commission Office of Quality Monitoring  
One Renaissance Boulevard  
Oakbrook Terrace, IL 60181  
800-994-6610  
www.jointcommission.org

## واجبات المرضى

- المستوصف الصحي بحي شرق بوسطن (EBNHC) يلتزم بكمرضى تقبل المسؤوليات:
- الوصول في الوقت المحدد للمواعيد المحددة أو الاتصال بمكتب مزودك للرعاية عند عدم القدرة على الحفاظ على الموعد المحدد.
- توفير معلومات دقيقة وكاملة عن شكوكك الحالية، والأمراض السابقة، ونحوك للمستشفى للعلاج، والأدوية، والتوجهات السابقة والأمور الأخرى المتعلقة بصحتك ورعايتك.
- إبلاغ مزودك للرعاية الصحية إذا كنت لا تفهم التعليمات المتعلقة برعايتك أو علاجك أو إذا كنت غير قادر على اتباع التعليمات.
- كن مرعياً لمرضى الآخرين.
- تأكد من أن مرافقتك للمستوصف براعون مشاعر الآخرين فيما يتعلق الضوضاء والخصوصية.
- الالتزام بقواعد عدم التدخين بحرم المستوصف الصحي.
- تزويد المستوصف الصحي بمعلومات حول التغطية التأمينية والمالية لتكاليف زيارتك.
- تحمل مسؤولية أفعالك إذا رفضت العلاج أو عدم اتباع تعليمات مزودك للرعاية.



### ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO

Cada paciente del Centro de Salud Comunitario de East Boston (EBNHC, por sus siglas en inglés) tiene el derecho a:

- Recibir un trato cortés y respetuoso. EBNHC no discrimina según la edad, raza, origen étnico, religión, cultura, idioma, discapacidades físicas o mentales, estado socioeconómico, sexo, orientación sexual e identidad de género y/o su expresión.
- Recibir tratamiento oportuno en caso de una emergencia que ponga en riesgo su vida, independientemente de su capacidad de pago o su situación económica.
- Obtener respuestas oportunas y adecuadas a sus solicitudes razonables y necesidad de tratamiento, cuando sea posible.
- Que evalúen y controlen su dolor.
- Recibir los servicios de un intérprete médico sin costo alguno.
- La confidencialidad durante los tratamientos médicos, atención médica y conversaciones, tanto como sea razonablemente posible.
- La confidencialidad de los expedientes sobre su historial médico y tratamiento hasta donde lo permita la ley.
- Rechazar que lo observen, examinen o traten estudiantes médicos u otros miembros del personal, sin arriesgar su acceso a la atención médica y al tratamiento.
- Que su médico u otro proveedor le explique los detalles sobre su enfermedad, opciones de tratamiento, beneficios y riesgos de cada opción, y los posibles resultados de cada opción.
- Aceptar o rechazar el tratamiento una vez le hayan explicado los beneficios y riesgos de cada opción.
- Trabajar con sus proveedores para desarrollar y llevar a cabo un plan para su atención.
- Solicitar y recibir los nombres y especialidades correspondientes de cualquier de médico o especialistas clínicos que lo estén atendiendo.
- Rechazar que lo observen, examinen o traten estudiantes médicos u otros miembros del personal, sin arriesgar su acceso a la atención médica y al tratamiento.
- Especificar quiénes le gustaría o no le gustaría que lo acompañaran. Si EBNHC cree que si la persona que le acompaña presenta un riesgo para su seguridad o salud, o para otros pacientes o miembros del personal, limitará las visitas.
- A que la persona que usted ha elegido para apoyarle esté presente, a menos que viole los derechos de los demás o represente un riesgo para la salud o la seguridad ya sea para usted, los demás pacientes o el personal.
- Completar instrucciones anticipadas (como una carta poder para designar un apoderado para cuestiones de atención médica o un formulario de poder notarial para decisiones médicas) que le indique a EBNHC y a sus proveedores de atención médica cómo desea que se le trate y quién quisiera que tome las decisiones médicas por usted si no pudiera tomarlas por su cuenta. A la persona que nombre para que tome decisiones por usted se le llama agente de atención médica. EBNHC respetará los deseos de su agente de atención médica si usted no puede comunicar dichos deseos por su cuenta. Si no ha nombrado a un agente de atención médica y no puede tomar decisiones por su cuenta, EBNHC aceptará la declaración de su cónyuge o su pareja, padres u otro familiar que declare que es su representante. Si más de una persona asegura que es su representante, EBNHC solicitará que cada persona presente documentación que respalde su reclamación y tomará una determinación basada en dicha documentación.
- Inscribirse en un estudio de investigación, si le invitaran. También tiene el derecho a negarse a la inscripción, sin que le afecte su atención médica.

### EXPEDIENTE MÉDICO

Cada paciente tiene derecho a:

- Solicitar una revisión de su expediente médico y, por una cuota razonable, recibir una copia del mismo.
- Recibir una copia de su expediente médico sin costo alguno, si la solicitud es para respaldar una reclamación legal o apelación bajo la Ley del Seguro Social en cualquier programa de beneficios basado en las necesidades financieras del estado o federal.
- Que le envíen parte de su expediente médico directamente a un médico en otra institución, sin costo alguno, siempre que llene el formulario de solicitud requerido.
- Solicitar por escrito una enmienda o corrección del expediente, si cree que es inexacto. Recibirá una respuesta a su solicitud en un plazo de 30 días.

### ASUNTOS FINANCIEROS

Cada paciente de EBNHC tiene derecho a solicitar y recibir:

- Información sobre ayuda económica y atención de salud gratuita.
- Copia de las facturas detalladas y otros estados de cuenta de cargos enviados a terceros (compañías de seguros).

### DERECHOS A OBTENER INFORMACIÓN Y MEDIACIÓN

Cada paciente de EBNHC tiene derecho a:

- Recibir información sobre las políticas, los reglamentos y las normas de EBNHC, acerca de sus derechos y responsabilidades como paciente.
- Solicitar —y recibir— información sobre la relación de EBNHC y sus médicos con cualquier otra instalación de atención médica o institución educativa según se relacione con su atención médica.
- Llamar al Director Médico o la oficina administrativa al 617-568-4570 para reportar inquietudes, problemas o quejas sobre su atención médica o servicio. Si desea que EBNHC le ayude a resolver un dilema relacionado con su atención médica, por favor, comuníquese con el Director Médico o la oficina administrativa de EBNHC al 617-568-4570. Si su inquietud no se resuelve hablando primero con sus proveedores, puede presentar una queja formal o denuncia. Si aún no está satisfecho/a con el resultado, puede comunicarse también con:

The Massachusetts Board of Registration in Medicine  
200 Harvard Mill Square, Suite 330  
Wakefield, MA 01880  
800-377-0550 | 781-876-8200  
[www.massmedboard.org](http://www.massmedboard.org)

MassPRO (Si tiene Medicare)  
245 Winter Street  
Waltham, MA 02451  
800-252-5533  
[www.masspro.org](http://www.masspro.org)

Massachusetts Department of Public Health,  
Division of Health Care Quality: Complaint Unit  
99 Chauncy Street, 11th Floor  
Boston, MA 02111  
800-462-5540 | 617-753-8150  
[www.mass.gov/dph/dhqc](http://www.mass.gov/dph/dhqc)

The Joint Commission Office of Quality Monitoring  
One Renaissance Boulevard  
Oakbrook Terrace, IL 60181  
800-994-6610  
[www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)

### RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

EBNHC solicita que los pacientes acepten las siguientes responsabilidades:

- Llegar a tiempo a sus citas o llamar por teléfono a la oficina del proveedor cuando no pueda asistir a su cita.
- Proporcionar información completa y exacta sobre sus quejas actuales, antecedentes médicos, hospitalizaciones, medicamentos, instrucciones anticipadas y otros asuntos con respecto a su salud o atención médica.
- Informar a sus proveedores de atención médica si no comprende cualquier instrucción relacionada con su atención médica o tratamiento o si no puede seguir las instrucciones.
- Ser considerado con los demás pacientes.
- Asegurarse que las personas que le acompañan al EBNHC, sean consideradas con los demás con respecto al ruido y que respeten la confidencialidad.
- Observar los reglamentos que prohíben fumar en las instalaciones de EBNHC.
- Proporcionar a EBNHC la información sobre su seguro médico o cobertura financiera para los cargos de su consulta/servicio.
- Aceptar la responsabilidad de sus acciones si se niega a recibir tratamiento o no sigue las instrucciones de su proveedor.



### ATENÇÃO E TRATAMENTO

Todo paciente do East Boston Neighborhood Health Center tem direito a:

- A receber tratamento atencioso e respeitoso. O EBNHC não discrimina por motivo de idade, raça, etnia, religião, cultura, idioma, deficiências físicas ou mentais, situação socioeconômica, sexo, orientação sexual e identidade e/ou expressão de gênero.
- A receber tratamento imediato, que salve a vida no evento de uma emergência, independentemente de sua capacidade de pagar ou sua situação financeira.
- A receber resposta rápida e adequada às suas solicitações razoáveis e necessidade de tratamento, sempre que possível.
- A que sua dor seja avaliada e controlada.
- A contar com os serviços de um intérprete especializado na área de medicina, sem nenhum custo para você.
- À privacidade durante os tratamentos médicos, atendimento médico e conversas, dentro do que for razoavelmente possível.
- À confidencialidade dos seus prontuários com seu histórico médico e tratamentos na forma prevista por lei.
- A que seu médico ou outro profissional explique os fatos de sua doença, as opções de tratamento, os benefícios e os riscos de cada opção, e o possível resultado de cada escolha.
- A concordar ou a recusar tratamento após receber a explicação de suas opções e dos benefícios e riscos de cada uma.
- A coordenar com os profissionais de saúde o desenvolvimento e a execução de um plano para seus cuidados.
- A solicitar e receber os nomes e especialidades de todos os médicos ou outros clínicos que estão cuidando de você.
- A recusar que seja observado, examinado ou tratado por estudantes de medicina ou outros membros da equipe, sem risco de perder seu acesso ao atendimento e tratamento.
- A especificar quem deseja ou não que o acompanhe. Se o EBNHC for de opinião que um visitante representa um risco de segurança ou saúde para você, para outros pacientes ou para membros da equipe, as visitas podem ser limitadas.
- A que um acompanhante de sua escolha esteja disponível para apoio emocional, salvo se a presença dessa pessoa violar os direitos de outras, representar um risco de segurança ou saúde para você, para outros pacientes ou para a equipe.
- A preparar uma diretiva avançada (advanced directive) (tal como uma Procuração para Cuidados de Saúde ou procuração médica), que informa ao centro médico e aos profissionais de saúde que cuidam de você como você quer ser tratado e quem deve tomar decisões médicas por você caso esteja incapacitado para falar por si. A pessoa nomeada para tomar decisões em seu nome é chamada de seu agente de cuidados de saúde (health care agent). O EBNHC se compromete a respeitar a vontade do agente de cuidados de saúde nomeado se você estiver incapacitado para falar por si. Se não nomear um agente de cuidados de saúde e não puder falar por si, o EBNHC aceita a declaração de seu cônjuge ou parceiro doméstico, pai/mãe ou outro membro da família que informe ser seu representante. Se mais de uma pessoa alegar ser seu representante, o EBNHC solicita que cada pessoa apresente documentos de comprovação, e baseado neles toma a decisão.
- A se inscrever para um trabalho de pesquisa, se convidado, ou a se recusar. A opção de não se inscrever não prejudica seu atendimento médico.

### PRONTUÁRIOS MÉDICOS

Como paciente do EBNHC, você tem direito:

- A solicitar acesso ao seu prontuário médico e, mediante pagamento de uma quantia razoável, receber uma cópia do prontuário.
- A receber uma cópia gratuita do seu prontuário médico se comprovar que ele é necessário para fundamentar um processo jurídico ou recurso previsto na Lei da Previdência Social (Social Security Act) de qualquer programa de benefícios, federal ou estadual, baseado em necessidades financeiras.
- A que partes de seu prontuário médico sejam encaminhadas para seu médico ou outra instituição, sem custo para você, desde que tenha preenchido o respectivo formulário.
- A solicitar por escrito uma alteração ou correção do prontuário, se for de opinião que está incorreto. A resposta a sua solicitação é enviada no prazo de 30 dias.

### QUESTÕES DE ORDEM FINANCEIRA

Como paciente do EBNHC, você tem direito:

- A solicitar e receber informações sobre assistência financeira e atendimento de saúde gratuito.
- A solicitar e receber uma cópia das faturas discriminadas e outros extratos de cobrança enviados a pagadores terceiros (seguradoras).

### DIREITO A INFORMAÇÃO E MEDIAÇÃO

Você tem direito:

- A receber as informações sobre as políticas, normas e regulamentos do EBNHC sobre seus direitos e responsabilidades como paciente.
- A solicitar e receber informações sobre a relação deste centro médico e seus médicos com outras instituições de atendimento de saúde ou instituições educacionais que digam respeito aos seus cuidados.

Comunique-se com a Administração ou com o Gabinete do Médico Chefe do EBNHC para resolver dúvidas, problemas ou queixas sobre seu atendimento ou serviços. Comunique-se com a Administração ou com o Gabinete do Médico Chefe do EBNHC, no número 617-568-4570. Se você precisa da ajuda do Centro de Saúde para resolver algum dilema relacionado com o seu tratamento, favor comunicar-se com a Administração ou com o Gabinete do Médico Chefe do EBNHC no número 617-568-4570. Se suas preocupações não puderem ser solucionadas primeiramente por meio de conversas com seus profissionais de saúde, você pode apresentar uma queixa formal ou reclamação. Se ainda estiver insatisfeito com o resultado, você também pode entrar em contato

#### The Massachusetts Board of Registration in Medicine

200 Harvard Mill Square, Suite 330  
Wakefield, MA 01880  
800-377-0550 | 781-876-8200  
www.massmedboard.org

#### MassPRO (se tiver o Medicare)

245 Winter Street  
Waltham, MA 02451  
800-252-5533  
www.masspro.org

#### Massachusetts Department of Public Health, Division of Health Care Quality: Complaint Unit

99 Chauncy Street, 11th Floor  
Boston, MA 02111  
800-462-5540 | 617-753-8150  
www.mass.gov/dph/dhcq

#### The Joint Commission Office of Quality Monitoring

One Renaissance Boulevard  
Oakbrook Terrace, IL 60181  
800-994-6610  
www.jointcommission.org

### RESPONSABILIDADES DO PACIENTE

O EBNHC solicita que o paciente aceite as seguintes responsabilidades:

- Chegar na hora certa para as consultas, ou telefonar para o consultório do profissional quando não puder comparecer a uma consulta marcada.
- Da melhor forma possível, fornecer informações precisas e completas sobre suas queixas atuais, as doenças que já teve, hospitalizações, medicamentos, diretivas avançadas e outras questões que digam respeito à sua saúde ou aos seus cuidados.
- Informar aos profissionais de saúde se não entender alguma instrução quanto ao seu atendimento ou tratamento, ou se não for capaz de seguir as instruções.
- Ser atencioso com outros pacientes.
- Fazer com que as pessoas que o acompanhem ao EBNHC, sejam atenciosas com terceiros, respeitem a questão de barulho e respeitem os horários de visitas.
- Obedecer às regras de não fumar em todas as dependências do campus do EBNHC.
- Fornecer ao EBNHC os dados do seu plano de saúde para as cobranças do seu atendimento.
- Aceitar a responsabilidade de seus atos caso recuse algum tratamento ou não siga as instruções do seu profissional de saúde.