



Chase Brexton Health Care

# MANUAL DEL PACIENTE



# SU EQUIPO DE ATENCIÓN MÉDICA

## TODOS TENEMOS NECESIDADES Y OBJETIVOS DIFERENTES.

En Chase Brexton, usted tendrá un equipo de atención médica personalizado que lo ayudará a alcanzar sus propios objetivos de salud. ¡Este equipo está enfocado en SU salud!

El equipo de atención médica, que suele estar compuesto por proveedores de atención primaria, profesionales de enfermería, auxiliares médicos, farmacéuticos y administradores de caso, trabajará junto a usted para que todas las áreas de atención sean adecuadas a sus necesidades.

## SU EQUIPO DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_

## TELÉFONOS Y EXTENSIONES ÚTILES

Departamento	Para completar o confirmar extensiones visite el sitio web: <a href="http://chasebrexton.org/phoneextensions">chasebrexton.org/phoneextensions</a>
 Citas	410-837-2050 EXTENSIÓN _____
 Consultas médicas	410-837-2050 EXTENSIÓN _____
 Farmacia	410-837-2050 EXTENSIÓN _____
 ¿Necesita reponer sus prescripciones?	410-837-2050 EXTENSIÓN _____
 Solicitud de derivaciones	410-837-2050 EXTENSIÓN _____
 Preguntas de facturación	
 Elegibilidad del seguro	410-837-2050 EXTENSIÓN _____

**¿QUÉ ES UNA "DERIVACIÓN"?**  
 Si su equipo de atención médica quiere que usted consulte a un especialista o a otro prestador, le dará una "derivación". Su compañía de seguros puede requerir una derivación antes de que usted pueda consultar a un profesional que no sea su médico de atención primaria.

# BIENVENIDO A CHASE BREXTON



*¡Bienvenido!*

## ¡ESTAMOS MUY CONTENTOS DE QUE SEA NUESTRO PACIENTE!

Nuestro objetivo es brindarle una excelente atención médica. ¡Queremos ayudarlo a vivir una vida más saludable!

Sabemos que estar sano es más fácil cuando toda la atención médica que necesita se encuentra en un solo lugar. Ofrecemos numerosos servicios de atención médica —*para toda su familia*— todos en el mismo sitio. En vez de correr de un consultorio a otro, esperamos que encuentre lo que necesita aquí—

-  Atención primaria para niños
-  Atención primaria para adultos
-  Obstetricia/Ginecología, que incluye pruebas de embarazo gratuitas, sin cita previa
-  Atención de enfermedades infecciosas y VIH
-  Atención dental: pediátrica, maternidad y adultos
-  Salud mental: individual, pareja, familia y grupos
-  Atención a pacientes transgénero: pediátrica y para adultos
-  Tratamiento por uso problemático de sustancias
-  Servicios de trabajo social y extensión comunitaria para ayudar con las necesidades básicas
-  ¡Servicio completo de farmacia y laboratorio en el consultorio, exclusivo para los pacientes de Chase Brexton!
-  Centro para la Equidad en Salud LGBTQ

En este folleto encontrará información acerca de su historia clínica, sus cuentas, nuestras acreditaciones y algunas de nuestras políticas importantes y el servicio que proporcionamos.

**¡Le deseamos muy buena salud!**  
*La familia de Chase Brexton*



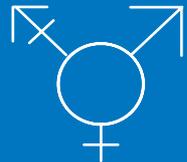
# INSTITUCIÓN MÉDICA CENTRADA EN EL PACIENTE

## **CHASE BREXTON HEALTH CARE ESTÁ ACREDITADA COMO UNA INSTITUCIÓN MÉDICA CENTRADA EN EL PACIENTE (PCMH) POR EL COMITÉ NACIONAL DE CONTROL DE CALIDAD (NCQA).**

Una acreditación PCMH implica que trabajamos para proporcionar atención integral a todos los pacientes. Es una asociación entre usted, su prestador y su equipo de atención médica primaria. Nuestra organización está diseñada para asegurar que usted obtenga la mejor atención, enfocada en sus necesidades. Ofrecemos planes de atención personalizada para hacer frente a sus problemas de salud, revisión de sus medicamentos para ayudarlo a entender y controlar sus recetas, capacitación y asesoramiento para que cumpla con sus objetivos de salud y asistencia a lo largo del proceso de atención médica. Su equipo de atención médica lo guiará para asegurarse de que reciba la atención adecuada en el momento justo y coordinará su atención para que obtenga los mejores resultados de salud.

**Aprenda más sobre los principios de PCMH visitando:**  
[chasebrexton.org/about-us](http://chasebrexton.org/about-us) o [ncqa.org](http://ncqa.org).

### **¿POR QUÉ PREGUNTAMOS SOBRE SU ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO?**



Sentirse cómodo y seguro con su equipo de atención médica lo ayudará a mantenerse sano. Preguntamos acerca de su orientación sexual e identidad de género por varias razones:

#### **1. QUIÉN ES USTED ES IMPORTANTE PARA SU SALUD**

- Queremos que sepa que lo respetamos, lo recibimos y lo apoyamos

#### **2. TODO LO QUE PASA EN NUESTRA VIDA AFECTA NUESTRA SALUD**

- Podemos ayudarlo a mantenerse saludable abordando los riesgos para su salud o los problemas relacionados con la orientación sexual e identidad de género

#### **3. ES BUENO MANTENER UNA COMUNICACIÓN ABIERTA**

- Si lo conocemos, es más fácil para nosotros hablar con usted acerca de su vida y ayudarlo a alcanzar sus objetivos

### **¿QUÉ NOMBRE PREFIERE QUE USEMOS PARA DIRIGIRNOS A USTED?**

A nadie le gusta que lo llamen con el nombre equivocado. A todos nos pasó alguna vez. Es importante que hagamos todo lo que este a nuestro alcance para reafirmar quién es usted, de modo que díganos que nombre prefiere que usemos.

### **¿NOS EQUIVOCAMOS DE NOMBRE?**

Podemos cometer errores, pero es importante que apoyemos a nuestros pacientes. Háganos saber si nos hemos equivocado. Si no se siente cómodo haciéndolo en persona en el momento, siempre puede llamarnos o enviarnos un correo electrónico: 410-837-2050 X1352 o [quality@chasebrexton.org](mailto:quality@chasebrexton.org).

# SU PORTAL DE PACIENTE Y SU HISTORIA CLÍNICA



**CHASE BREXTON HEALTH CARE BRINDA SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EXTRAORDINARIOS, ¡TANTO EN NUESTROS CONSULTORIOS COMO EN SU HOGAR!** En casa, puede administrar su atención médica utilizando nuestro portal para pacientes seguro y protegido, *MyChaseBrexton.org*. La mejor atención médica está a solo un clic de distancia en cualquier dispositivo (computadora, tableta o teléfono) con conexión a Internet.

EN *MyChaseBrexton.org*, PUEDE:

- Revisar su información de salud
- Verificar los resultados de laboratorio
- Ver los registros de sus citas
- Solicitar citas
- Solicitar nuevas recetas para sus prescripciones actuales
- Hacer preguntas al equipo de atención médica a través de correo electrónico cifrado

Para registrarse y obtener más información: visite *MyChaseBrexton.org*



**SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA.** Su historia clínica está disponible para usted. Con el objeto de proteger su privacidad, deberá completar un *Formulario de Divulgación de Información* para que podamos enviarle sus registros.

Para el envío de registros a Chase Brexton por parte de otro prestador o desde Chase Brexton hacia otro prestador, debe completar el *Formulario de Divulgación de Información*. Puede obtener este formulario de su prestador o de un Representante de atención al paciente, o puede imprimirlo en *chasebrexton.org*.

**SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN.** Si necesita que completemos algún tipo de documentación (por ejemplo, para el trabajo o la escuela), entregue una solicitud en persona a un Representante de atención al paciente en su Centro de atención.

**HAGA SUS PLANES CON ANTELACIÓN.** El plazo para completar la documentación es de hasta 15 días hábiles, aunque es probable que esté lista antes.



# DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

## I. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Usted tiene derecho a recibir información precisa y fácil de comprender acerca de los profesionales y los centros de salud, y acerca de su plan de salud. Si habla otro idioma, si tiene una discapacidad física o mental, o si simplemente no entiende algo, se le prestará asistencia para que pueda tomar decisiones informadas sobre su atención médica.

## II. PARTICIPACIÓN EN DECISIONES DE TRATAMIENTO

Usted tiene derecho a conocer todas sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención. Los padres, tutores, familiares u otras personas que usted designe pueden representarlo si usted no puede tomar sus propias decisiones.

## III. RESPETO Y NO DISCRIMINACIÓN

Usted tiene derecho a recibir una atención considerada, respetuosa y no discriminatoria por parte de los médicos, representantes del plan de salud y otros prestadores de atención médica. Este derecho contempla la discriminación en base a raza, color, país de origen, religión, sexo (incluidos embarazo, parto y condiciones médicas relacionadas), discapacidad, edad, información genética, estado civil, nacionalidad, orientación sexual o identidad de género.

## IV. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene derecho a hablar en confianza con los prestadores de atención médica y a que su información médica esté protegida. También tiene derecho a revisar y obtener una copia de su propia historia clínica, y a solicitar que su médico modifique su historia clínica si esta no fuese precisa, pertinente o completa.

## V. RECLAMOS Y APELACIONES

Usted tiene derecho a que se haga una revisión justa, rápida y objetiva de cualquier reclamo que tenga respecto de su plan de atención médica, médicos, hospitales y otros profesionales de la salud. Esto incluye reclamos acerca de los tiempos de espera, los horarios de atención, la conducta del personal de atención médica y el estado de los centros de salud.

# DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE



## VI. RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

1. Asumir la responsabilidad de maximizar los hábitos saludables, tales como hacer ejercicio, no fumar y llevar una dieta saludable.
2. Involucrarse en las decisiones específicas de atención médica.
3. Trabajar en colaboración con los prestadores de atención médica en la elaboración y la ejecución de los planes de tratamiento acordados.
4. Divulgar la información pertinente y comunicar claramente sus deseos y necesidades.
5. Utilizar el proceso interno de reclamos y apelaciones para abordar los problemas que puedan surgir.
6. Evitar propagar enfermedades deliberadamente.
7. Reconocer la realidad de los riesgos y los límites de la ciencia médica y la falibilidad humana del profesional de la salud.
8. Ser consciente de la obligación del prestador de servicios de salud de ser razonablemente eficiente y equitativo al proporcionar atención a otros pacientes y a la comunidad.
9. Familiarizarse con la cobertura y las opciones de su plan de atención médica (cuando estén disponibles), incluidos todos los beneficios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones, las reglas sobre el uso de la información y el proceso para apelar las decisiones de cobertura.
10. Demostrar respeto por los demás pacientes y por los trabajadores de la salud, lo que incluye no hacer comentarios discriminatorios o sexuales ni amenazar física o verbalmente.
11. Hacer un esfuerzo de buena fe para cumplir con las obligaciones financieras.
12. Cumplir con los procedimientos administrativos y operativos de los planes y de los prestadores de atención médica.
13. Denunciar el delito y el fraude a los recursos apropiados o a las autoridades legales.
14. Cumplir con las citas programadas y notificar 24 horas antes si no puede asistir a una cita.
15. No estar bajo la influencia de drogas ni de alcohol al asistir a las citas.
16. Aplicar a beneficios de atención médica y programas de asistencia según se le aconseje.



# AVISO SOBRE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, y cómo usted puede tener acceso a ella. Revíselo con atención.

## SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

### **OBTENGA UNA COPIA ELECTRÓNICA O FÍSICA DE SU HISTORIA CLÍNICA.**

Usted puede acceder a consultar su historia clínica u obtener una copia electrónica o física de dicha historia clínica o de cualquier otra información médica que tengamos sobre su persona. Consúltenos cómo hacerlo.

Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente, dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podríamos requerir el cobro de una tarifa razonable basada en el costo.

### **SOLICITE QUE CORRIJAMOS SU HISTORIA CLÍNICA**

Puede pedirnos que corriamos cualquier información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Consúltenos cómo hacerlo.

Podemos rechazar su solicitud, pero le informaremos sobre las razones por escrito dentro de los 60 días.

### **SOLICITE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES**

Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente.

Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

### **SOLICITE QUE LIMITEMOS LO QUE USAMOS O COMPARTIMOS**

Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamientos, pagos u operaciones internas.

No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla si esto afectara su atención.

Si usted paga por un servicio o un artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información, a efectos de pagos o de operaciones internas, con su compañía de seguros de salud.

Aceptaremos su solicitud, a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

# AVISO SOBRE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD



## OBTENGA UNA LISTA DE TODAS LAS PERSONAS CON LAS QUE HEMOS COMPARTIDO INFORMACIÓN

Puede pedir una lista (informe) que detalle cuándo compartimos su información de la salud, con quién la compartimos y por qué motivo, de hasta seis años anteriores a su pedido.

Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (tales como las que usted nos haya solicitado hacer). Proporcionaremos un informe gratuito por año, pero se le cobrará una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses posteriores.

**OBTENGA UNA COPIA DE ESTE AVISO DE PRIVACIDAD** Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia física oportunamente.

**ELIJA A ALGUIEN PARA QUE LO REPRESENTE** Si le ha otorgado a alguien un poder permanente de representación médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.

Nos aseguraremos de que la persona tenga dicha autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

**PRESENTE UNA QUEJA SI CONSIDERA QUE SE VIOLAN SUS DERECHOS** Si considera que hemos violado sus derechos puede presentar una queja comunicándose con nosotros con la información que encontrará en la página 13.

Puede presentar una queja ante el U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights (Departamento de Salud y Recursos Humanos, Oficina de Derechos Civiles). enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

No tomaremos represalias en su contra por haber presentado un reclamo.

## SUS DECISIONES

Para cierta información de salud, usted puede indicarnos que datos podemos compartir. Si usted tiene una clara preferencia con respecto a la forma en que compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.



# AVISO SOBRE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

**ABORDAJE DE INDEMNIZACIONES LABORALES, ORDEN PÚBLICO Y OTRAS SOLICITUDES DEL GOBIERNO** Podemos usar o compartir su información de salud:

- Para reclamos de indemnización laboral.
- Por cuestiones de orden público o con un oficial del orden público.
- Con los organismos de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley.
- Para funciones especiales del Gobierno tales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

## RESPUESTA A DEMANDAS Y ACCIONES LEGALES

Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Hemos elegido participar en el Chesapeake Regional Information System for our Patients, Inc. (CRISP), un intercambio de información de salud de todo el estado. Según lo permite la ley, su información de salud será compartida mediante este intercambio a fin de proporcionar un acceso más rápido y una mejor coordinación de la atención, y de ayudar a los prestadores y funcionarios de salud pública en la toma de decisiones más informadas. Usted puede “renunciar” e inhabilitar todo acceso a su información de salud disponible a través de CRISP llamando al 1-877-952-7477 o completando y enviando un Formulario de Renuncia a CRISP por correo, fax o a través de su sitio web, en [www.crisphealth.org](http://www.crisphealth.org).

## NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Estamos obligados por ley a resguardar la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida.

Le informaremos de inmediato en el eventual caso de algún incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.

Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia.

No utilizaremos ni compartiremos su información por ningún motivo que no se indique en este aviso, a menos que usted nos autorice por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

# AVISO SOBRE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD



Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## CAMBIOS A LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Podemos cambiar los términos de este aviso; dichos cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible mediante solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web: [chasebrexton.org](http://chasebrexton.org).

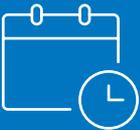
Este Aviso sobre Políticas de Privacidad aplica a la siguiente organización:

Chase Brexton Health Services, Inc.  
Que opera como: Chase Brexton Health Care  
1111 North Charles Street  
Baltimore, MD 21201

[www.chasebrexton.org](http://www.chasebrexton.org)

410-837-2050

7.2019



## **POLÍTICA DE CONFIRMACIÓN DE CITAS.**

Lo llamaremos, le enviaremos mensajes de texto, correos electrónicos o mensajes por el portal de pacientes para recordarle su próxima cita. Necesitamos su confirmación para saber que vendrá a su cita.

- Los pacientes que confirman sus citas serán atendidos primero.
- Los pacientes que llegan tarde a sus citas pueden tener que esperar y es probable que los vea otro prestador. Haremos todo lo posible para atender a un paciente que llega tarde el día de su cita, pero es posible que necesitemos reprogramarla.
- Aquellos pacientes que pierdan 3 o más citas médicas en 6 meses deberán acudir a nuestra clínica médica sin cita previa (los horarios de atención están en la tarjeta de información adjunta) o hacer citas con nuestro equipo de enfermería para su atención por un breve periodo de tiempo.

Obtenga más información sobre esta política en [chasebrexton.org/confirm](http://chasebrexton.org/confirm).



# POLÍTICAS SOBRE EL USO DE TABACO, DROGAS Y ARMAS

## **CHASE BREXTON HEALTH CARE BUSCA CREAR UN AMBIENTE SEGURO, ACOGEDOR Y SALUDABLE PARA NUESTROS PACIENTES, NUESTRO EQUIPO DE TRABAJO, LAS VISITAS Y LA COMUNIDAD EN GENERAL.**

### **CONSUMO DE TABACO, DROGAS Y ALCOHOL**

A los pacientes, las visitas y los empleados se les prohíbe fumar, usar, poseer, solicitar o vender narcóticos u otras drogas ilegales, alcohol o medicamentos sin receta médica en cualquier área de todos los centros de Chase Brexton.

Chase Brexton Health Care es un sitio libre de humo.

### **LAS ARMAS ESTÁN PROHIBIDAS**

Chase Brexton es un entorno libre de armas. Nos esforzamos por que no haya violencia ni intimidación en nuestros consultorios. Todas las armas están estrictamente prohibidas en todos los centros de Chase Brexton. Esta política aplica a todos los pacientes, visitas, empleados, estudiantes y contratistas, incluidos aquellos que tienen un permiso válido para llevar un arma oculta. Chase Brexton tiene una filosofía de “tolerancia cero” con respecto a la presencia de armas en el lugar de trabajo.

*Definición de arma: cualquier dispositivo que esté diseñado o se emplee tradicionalmente para infligir daño. Esto incluye pero no se limita a todo objeto que pueda interpretarse razonablemente como un arma o cualquier objeto considerado legalmente como un arma bajo las leyes en jurisdicción.*

### **SOLO SE PERMITE EL INGRESO DE ANIMALES DE SERVICIO**

Los animales de servicio están permitidos en las salas de espera y las áreas de atención al paciente de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.

Los animales de asistencia/compañía apoyo emocional **no** están permitidos en ningún sitio de Chase Brexton.



## **CHASE BREXTON RECIBE A TODOS. SI NO TIENE SEGURO O NO PUEDE PAGAR, LE BRINDAREMOS ATENCIÓN.**

Aceptamos la mayoría de los planes de seguro, Medicaid y Medicare. Ofrecemos una escala móvil de honorarios para aquellos que no tengan seguro y que cumplen con los requisitos financieros.

### **¿NO TIENE SEGURO O TIENE UN SEGURO DEFICIENTE?**

**HÁGANOSLO SABER.** Infórmenos si no tiene seguro, tiene un deducible alto o tiene otras preocupaciones financieras. Le ayudaremos a encontrar recursos. Programe una cita con nuestros especialistas en elegibilidad llamando al: 410-837-2050 ext. 1427.

**ESTIMADOS DE BUENA FE** Si es paciente de Chase Brexton y paga por los servicios usted mismo, un Estimado de Buena Fe puede ayudarlo a establecer cuáles serán los costos. En la práctica, los costos de servicio reales pueden variar según los códigos de procedimiento que apliquen durante su visita. Nuestro equipo puede ayudarlo a determinar los costos durante su consulta.

**¿CUÁNDO COBRAMOS LOS COPAGOS?** Chase Brexton cobra los copagos y los pagos según ingresos al momento de su visita. Si usted paga honorarios mínimos, Chase Brexton cobrará un pequeño cargo en todos los servicios al momento de su visita.

**¿QUÉ LE FACTURAREMOS?** Le enviaremos una factura por los gastos no cubiertos por su seguro. Esta factura puede ser por copagos adicionales, deducibles o servicios no cubiertos por su seguro. Comuníquese con su compañía de seguros si tiene preguntas sobre los costos que no cubren.

### **¿QUÉ DEBE HACER SI PIERDE SU COBERTURA DE SEGURO?**

¡Contáctenos! No falte a sus citas. Lo ayudaremos a encontrar una solución: 410-837-2050 ext. 1427.

**¿TIENE PREGUNTAS SOBRE SU FACTURA?** Llame al equipo de facturación de Chase Brexton al 443-884-9311



# JOINT COMMISSION: ACREDITACIÓN, IMPLICANCIA Y RECLAMOS

**CHASE BREXTON HEALTH CARE HA SIDO ACREDITADA POR LA  
JOINT COMMISSION FOR AMBULATORY AND BEHAVIORAL HEALTH  
CARE (COMISIÓN CONJUNTA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA  
AMBULATORIA Y DE SALUD MENTAL).**

## ¿QUÉ SIGNIFICA ESTO PARA USTED COMO PACIENTE?

La Joint Commission es una organización nacional que controla a los prestadores de atención médica con el fin de asegurar que sus prácticas cumplan con las normas de seguridad y calidad de atención al paciente. Chase Brexton trabaja para proporcionar la más alta calidad de servicios y atención al paciente. Estas son las razones por las que estamos acreditados.

Chase Brexton brinda un nivel de atención de salud que cumple o incluso supera las normas nacionales de calidad y seguridad. Busque siempre la acreditación de la Joint Commission cuando acuda a consultorios de atención médica.

## ELOGIOS, INQUIETUDES Y SUGERENCIAS

**USTED TIENE LA OPCIÓN DE ELEGIR A DÓNDE IR PARA RECIBIR  
ATENCIÓN MÉDICA. ¡NOS ALEGRA QUE NOS HAYA ELEGIDO!**

Cuéntenos cómo cree que lo estamos haciendo. Los Formularios de Comentarios del Paciente están disponibles en cada uno de nuestros Centros. Usted puede completar un formulario y colocarlo en un buzón de sugerencias o puede enviarlo por correo a:

Chase Brexton Health Care  
A la atención de: Departamento de Calidad  
1111 North Charles Street  
Baltimore, MD 21201

También puede llamar a nuestro Departamento de Calidad al 410-837-2050 EXT. 1352. Nuestro Departamento de Calidad revisará su elogio, inquietud o sugerencia y le responderá, si así lo desea.

Si sus inquietudes no se abordan de manera oportuna, puede presentar un reclamo ante Chase Brexton Health Care, ante las autoridades gubernamentales pertinentes o ante la Joint Commission en [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org).





# Chase Brexton Health Care

*Porque lo que importa es la salud de todos.*

## **NUESTRA MISIÓN**

Brindar atención de salud de calidad, compasiva e integrada, que honre la diversidad, que aborde la desigualdad en salud y que promueva el bienestar dentro de las comunidades en que trabajamos.

## **NUESTRA VISIÓN**

Ser líderes en la comunidad en lo que respecta a la igualdad en salud, ser reconocidos por la excelencia en la atención al cliente y una cultura de trabajo en equipo que apoya a las personas para que alcancen su mayor potencial.

## **NUESTROS VALORES**

**NOS COMPROMETEMOS A SER CONFIABLES Y RESPONSABLES, Y A REPRESENTAR NUESTROS VALORES DE FORMA AUTÉNTICA.**

### **RESPETO**

Nos comprometemos a respetar a los demás, a valorar las características específicas, las perspectivas y los distintos orígenes de cada uno.

### **COMPASIÓN**

Nos comprometemos a ayudar a nuestros pacientes, a sus familias y a nuestros colegas con amabilidad y empatía.

### **ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE**

Nos comprometemos a trabajar junto a nuestros pacientes y comunidades para mejorar su salud y bienestar.

### **INNOVACIÓN**

Nos comprometemos a adoptar la tecnología necesaria para eliminar las barreras en la atención de salud y a mejorar continuamente la experiencia de los pacientes y de nuestro equipo de trabajo.

**CHASEBREXTON.ORG · 410-837-2050**