



**The Door – A Center Of Alternatives, Inc.
Adolescent Health Center**

Patient Bill of Rights and Responsibility

As a patient, you have the right to:

- Receive service(s) without regard to age, race, color, sexual orientation, religion, marital status, sex, national origin or sponsor;
- Be treated with consideration, respect and dignity including privacy in treatment;
- Be informed of the services available at the center;
- Be informed of the provisions for off-hours emergency coverage;
- Be informed of the charges of services, eligibility for third-party reimbursements and, when applicable, the availability of free or reduced cost care;
- Receive an itemized copy of his/her account statement, upon request;
- Obtain from his/her health care practitioner, or the health care practitioner's delegate, complete and current information concerning his/her diagnosis, treatment and prognosis in terms the patient can be reasonably expected to understand;
- Receive from his/her physician information necessary to give informed consent prior to the start of any nonemergency procedure or treatment or both. An informed consent shall include, as a minimum, the provision of information concerning the specific procedure or treatment or both, the reasonably foreseeable risks involved, and alternatives for care or treatment, in any, as a reasonable medical practitioner under similar circumstances would disclose in a manner permitting the patient to make a knowledgeable decision;
- Refuse treatment to the extent permitted by law and to be fully informed of the medical consequence of his/her action;
- Refuse to participate in experimental research;
- Voice grievances and recommend changes in policies and services to the center's staff, the operator and the New York State Department of Health without fear of reprisal;
- Complain without fear of reprisals about the care and services you are receiving and be given a written response if you request it. Please contact the **Director of Health Services by phone at (212) 453-0209, by email at PatientFeedback@door.org or in writing at The Door – AHC, Attention: Patient Feedback, 121 Avenue of the Americas, New York, NY 10013;**
- If you are not satisfied with the response, you can complain to the **New York State Department of Health at Centralized Hospital Intake Program, by phone at (800) 804-5447, by fax at (518) 402-6357, by email at hospinfo@health.state.ny.us or in writing to 433 River Street, Suite 303, Troy, New York 12180;**
- Privacy and confidentiality of all information and records pertaining to the patient's treatment;
- Approve or refuse the release or disclosure of the contents of his/her medical record to any healthcare practitioner and/or health-care facility except as required by law or third-party payment contract;
- Access his/her medical record pursuant to the provisions of section 18 of the Public Health Law, and Subpart 50-3 of this Title;
- Authorize those family members and other adults who will be given priority to visit consistent with your ability to receive visitors; and
- Make known your wishes in regard to anatomical gifts. You may document your wishes in your health care proxy or on a donor card, available from the center.



**The Door – A Center Of Alternatives, Inc.
Adolescent Health Center**

Carta de Los Derechos Del Paciente

Usted como paciente, tiene el derecho a:

- Recibir servicio(s) sin considerar la edad, raza, color, religión, sexo, origen nacional, incapacidad, orientación sexual o habilidad de pagar;
- Ser tratado con consideración, respeto y dignidad; incluyendo privacidad durante tratamientos;
- Ser informado de los servicios disponibles en el centro;
- Ser informado de las provisiones para el cuidado después de horas en el centro;
- Ser informado del costo de los servicios, elegibilidad de remuneración para terceros y, cuando se aplique, la disponibilidad de tratamientos gratis o de costo reducido;
- Recibir una factura enumerada con explicación de todos los cargos;
- Recibir información completa y actualizada de su proveedor médico sobre diagnósticos, tratamientos y pronosis en términos que el paciente pueda razonablemente entender;
- Recibir de su medico la información necesaria para dar consentimiento informado antes de comenzar un tratamiento y/o procedimiento que no sea de emergencia. Un informe de consentimiento debe incluir, como mínimo, toda la información concerniente al tratamiento y/o procedimiento específico, los posibles riesgos relacionados, y los tratamientos y/o procedimientos alternativos, de haberlos, como todo medico razonable haría bajo circunstancias similares, permitiéndole al paciente tomar una decisión con conocimiento;
- Rechazar tratamiento cuando la ley así lo permita y ser informado de las consecuencias que esto puede tener en su salud;
- Negarse a participar en cualquier investigación experimental;
- Expresar opiniones y recomendar cambios en las políticas y servicios al personal del centro, los operadores y al New York State Department of Health sin miedo a represalias;
- Quéjese sin miedo a represalias sobre la atención y los servicios que está recibiendo y que se le dé una respuesta escrita si la pide. Comuníquese con el **Director de Servicios de Salud por teléfono al (212) 453-0209, por correo electrónico a PatientFeedback@door.org o por escrito en The Door - AHC, Atención: Patient Feedback, 121 Avenue of the Americas, Nueva York, NY 10013;**
- Si no está satisfecho/a con la respuesta, puede quejarse al **New York State Department of Health at Centralized Hospital Intake Program, llamando al (800) 804-5447, por fax al (518) 402-6357, por email a hospinfo@health.state.ny.us o por escrito a 433 River Street, Suite 303, Troy, New York 12180;**
- Privacidad y confidencialidad de todos los registros referentes a su tratamiento;
- Dar autorización o rehusarse a que se revelen los contenidos de su archivo medico por la ley a otras personas no autorizadas a recibir información sin su consentimiento;
- Acceder a sus expedientes médicos en acuerdo con las provisiones de la sección 18 del Public Health Law y la sub-parte 50-3 de este Título;
- Autorizar a miembros de familia u otros adultos a quienes se les dará prioridad para visitar al paciente consistentemente de acuerdo con la capacidad del mismo para recibir vistas;
- Hacer saber sus deseos con respecto a la donación de órganos, documentando estos deseos en su carta de donante para la atención médica, disponible en el centro.