



Proceso de Agravios Para Pacientes

La Sección 9335 de la Ley Publica 99-509, de la Reconciliación del Acto Ómnibus de 1986 (*OBRA*), la cual enmienda la Sección 1881 (c) del Acta del Seguro Social en relación a los *Networks* de Enfermedades Renales en Etapa Final *ESRD*, que requiere que una organización como la de el *Network ESRD*, implemente un proceso para evaluar y resolver agravios de pacientes, y la Regulación Federal de June 3, 1976: Sección 405.2138, la cual requiere que los centros de diálisis informen a los pacientes sobre sus derechos y responsabilidades, incluyendo el proceso de agravio.

AUTORIDAD LEGISLATIVA PARA ESTE PROCESO:

Para presentar un agravio comuníquese con *Comagine Health: ESRD Network 18* al 888-268-1539 –
www.esrdnetwork18.org

Un agravio es una solicitud de investigación de una queja presentada sobre un posible riesgo para la salud, seguridad o bienestar de un paciente; o una situación donde el paciente se encuentra innecesariamente en alto riesgo. Esta situación, evento o condición involucra a una persona que recibe atención o servicios de cuidado para una Enfermedad Renal en Etapa Final (*ESRD*). Estos servicios se ofrecen en una clínica de diálisis crónica o un centro de trasplante. El agravio es una oportunidad para la discusión y posible solución de un problema(s) entre pacientes y proveedores.

El objetivo del proceso de agravio es investigar las preocupaciones o quejas que argumentan que los servicios de (*ESRD*) no han sido proveídos o no cumplen con los niveles de calidad reconocidos.

PAPEL Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

- Revisar cuidadosamente la declaración del Network 18 sobre los Derechos y Responsabilidades del Paciente
- Hacer todo intento para resolver el problema informalmente con el personal del centro
- Entender y tratar de usar primero el proceso de agravio interno de su centro
- Puede presentar un agravio por escrito, utilizando el formulario adjunto o por medio de una llamada telefónica al Departamento de Servicios para los Pacientes del Network, al 800-637-4767
- Puede designar por escrito a otra persona que actúe como su representante
- Puede hablar y solicitar asistencia de un miembro del personal de Servicios para los Pacientes del Network 18
- Puede retirar el agravio en cualquier momento
- Leer cuidadosamente lo que el Network puede y no puede hacer en el proceso de agravio
- Guardar una copia del formulario con el que presentó el agravio por escrito

PAPEL DEL NETWORK

- Mantener abiertas las líneas de comunicación entre pacientes y proveedores del cuidado de Falla Renal Terminal (*ESRD*)
- Ayudar a los pacientes a sentir confianza de poder hablar acerca de sus preocupaciones con la persona apropiada sin temor a maltratado o represalia
- Facilitar una resolución a sus preocupaciones lo más pronto posible
- Asistir con el manejo del agravio, actuando como investigador experto, facilitador, agente de referencias, coordinador, consejero y educador. Durante el proceso de la resolución de un agravio, el *Network* puede recopilar información por teléfono, visitando los centros, revisando el historial médico y/o entrevistando a las personas involucradas

Lo que el Network 18 PUEDE y NO PUEDE Hacer

PODEMOS

- Investigar reclamos presentados por los pacientes, familiares, o representantes del paciente en un esfuerzo para resolver cualquier problema existente que pueda estar experimentando el paciente en el centro de diálisis o centro de trasplante.
- Proporcionar intervenciones y recomendaciones individualizadas tanto al equipo de tratamiento como a los pacientes sobre cómo reconstruir una relación positiva entre proveedor y paciente.
- Abogar por los derechos de los pacientes.
- Proporcionar asistencia para encontrar otro centro de diálisis por medio del Localizador de Centros de Diálisis (*Dialysis Facility Compare*) si fuera necesario.
- Proporcionar recursos, como material educativo, o información con números de teléfono de organizaciones relacionadas con los riñones.

NO PODEMOS

- Exigir que un centro de diálisis/centro de trasplante o médico acepte un paciente
- Cambiar o involucrarnos con las políticas o procedimientos del centro o del personal
- Despedir o trasladar un médico o personal del centro
- Proveer ayuda directa con respecto a compensación monetaria, pago de facturas, o arreglos de transportación.
- Anular requisitos Estatales o Federales de licenciaturas/certificaciones.
- Proporcionar asistencia en procesos de acción legal.

Formulario De Queja Del Paciente

Si solicita asistencia para resolver un problema con su proveedor de diálisis, complete la sección relacionada con su inquietud.

Envíe este formulario por fax al siguiente número:

Comagine Health ESRD Network 18
Número de Fax (855) 580-4876

Nombre del Paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número telefónico de día: (____) _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Si no tiene teléfono, ¿le podemos dejar un mensaje en su centro de diálisis?

Sí No

CENTRO ASOCIADO CON ESTE AGRAVIO:

Nombre de Centro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número telefónico: (____) _____

EL AGRAVIO INVOLUCRA: marque (✓) el que corresponde y anote los detalles del problema en la página 3)

- Relacionado con el Tratamiento/Calidad de Cuidado
- Transferencia/Terminación de Servicios
- Otro

Por favor marque (✓) uno:

- He abordado el tema** de este agravio con el centro y no estoy satisfecho(a) con el proceso o resultado. No estoy satisfecho(a) porque (especifique la razón):

- No he abordado el tema** de este agravio con el centro porque (especifique la razón):

Por favor marque (✓) uno:

- He decidido representarme a mí mismo(a) durante este proceso de agravio.
- He elegido a un representante que me ayude durante este proceso de agravio. (Llene y entregue el formulario de autorización de representante adjunto)

Por favor marque (✓) uno:

- He decidido permitir al Network revelar mi identidad a las personas apropiadas con el propósito de procesar este agravio.
- He decidido permanecer en anonimato. Entiendo que el permanecer anónimo puede resultar en la inhabilidad de procesar este agravio en su totalidad. Si éste fuera el caso, seré notificado(a) por el Network.

Firma del Paciente/Persona Presentando el Agravio

Fecha

Firma del Representante del Paciente (*en caso aplique*)

Fecha

Para presentar un agravio comuníquese con *Comagine Health: ESRD Network 18* al 888-268-1539 – www.esrdnetwork18.org

Forma de Nombramiento del Representante

Parte 1: Nombramiento del Representante

Yo, _____ designo _____
(Nombre en Letras de Imprenta del Paciente) (Nombre en Letras de Imprenta del Representante)

para representarme en la presentación de una queja relacionada con mi cuidado de la diálisis o del trasplante de riñón.

Entiendo que al firmar este formulario, doy permiso para que la información médica personal relacionada con mi queja sea revelada a mi representante.

Entiendo que ya que designe a esta persona como mi representante, él o ella actuarán en mi nombre con respecto a mi queja.

Entiendo que puedo retirar este nombramiento en cualquier momento.

Firmado:

_____ Fecha: _____
(Firma del Paciente)

(Nombre en Letras de Imprenta del Paciente)

Sección 2: Aceptación del Nombramiento (Debe ser completado por el Representante):

Acepto el nombramiento anterior.

_____ Fecha: _____
(Firma del Representante)

(Nombre en Letras de Imprenta del Representante)

(Relación del Representante al Paciente. Por Ejemplo: Miembro de la familia, amigo, trabajador social.)

Para presentar un agravio comuníquese con *Comagine Health*: ESRD Network 18 al 888-268-1539 –
www.esrdnetwork18.org