

Abuso, Negligencia y Mal Uso de Propiedad Personal

Presbyterian Healthcare Services se compromete a prestar el cuidado a pacientes en un ambiente seguro. Cualquier paciente, familiar, custodia legal ó empleado puede reportar un incidente de abuso, negligencia ó mal uso de propiedad personal a cualquier empleado de Presbyterian Healthcare Services ó directamente al Departamento de la Mejora de Salud de Nuevo México. Se pueden presentar los reportes al Departamento de la Mejora de Salud de Nuevo México por llamada telefónica, correspondencia escrita ó utilizando la forma de reporte de incidentes del Departamento de la Mejora de Salud de Nuevo México. Los pacientes, familiares, custodias legales y empleados deben presentar reportes a Presbyterian Healthcare Services ó a agencias estatales con confianza y sin miedo de represalias. Como se requiere por la ley estatal, Presbyterian Healthcare Services mantiene un sistema de administración de incidentes para asegurar una respuesta oportuna y para identificar las oportunidades para mejorar la calidad relacionada con los pacientes sospechosos de abuso, negligencia ó mal uso de propiedad personal.

Las formas de reporte de incidentes del Departamento de la Mejora de Salud de Nuevo México están disponibles en el area de Admisión/Registro en todos los centros médicos. Se pueden también presentar los reportes llamando, enviando por fax o correo electrónico como se indica abajo.

Servicios Protectores de Niños

- Teléfono 1-800-797-3260
- Fax 1-505-841-6691

Servicios Protectores de Adultos/Jóvenes

- Teléfono 1-866-654-3219
- Fax 1-505-476-4913

Departamento de la Mejora de Salud de Nuevo México (NMDHI, siglas en inglés)

- Línea Directa de NMDHI 1-800-752-8649
- Fax 1-800-584-6057
- Correo Electrónico incident.management@doh.state.nm.us
- Forma en línea en <http://dhi.health.state.nm.us/elibrary/ironline/ir.php>

He recibido la información anterior y entiendo que copias de la forma de incidentes del Departamento de la Mejora de Salud de Nuevo México están disponibles en Admisión/Registro ó a solicitud.

El suscrito certifica que las declaraciones y consentimientos anteriores fueron leídos y entendidos. El suscrito es el paciente ó está autorizado debidamente como el representante del paciente para ejecutar y aceptar sus términos.

Paciente (ó Representante Autorizado / Relación con el Paciente)

Guardián (ó Representante Autorizado / Relación con el Paciente)

Testigo

Fecha

Hora

Si el paciente no puede firmar, escriba la razón: _____

Si usó intérprete - nombre en letra de imprenta _____

PATIENT IDENTIFICATION

 **PRESBYTERIAN**