**PATIENT BILL OF RIGHTS**

**Welcome**

The Salt Lake Community College (SLCC) is committed to the highest quality of care. To achieve this, the patient, or patient representative, and dental professionals must work together. A better understanding of your oral condition and your rights and responsibilities in the treatment of that condition will contribute to better care and greater satisfaction for all concerned. No set of guidelines can ever fully describe the special relationship that exists between you and your oral healthcare professional. The purpose of this document is simply to enhance the mutual trust, cooperation and respect that surround this relationship.

**Your Rights as a Patient**

**YOU AS A PERSON:** We are not only interested in providing you with the highest standard of care, but also in recognizing and respecting your dignity as a human being. You should expect to be treated with respect regardless of your race, creed, national origin, age, disability, sex, or source of payment.

**SERVICES YOU NEED**: Within its capacity, the School will provide diagnostic and treatment services consistent with the educational mission of the school. We will inform you about what we can and cannot provide and help in making appropriate suggestions or referrals for treatment elsewhere.

**UNDERSTANDING YOUR PLAN OF CARE:** You are entitled to a clear explanation of your oral healthcare needs, what treatment we can provide, what the alternatives are as well as any risks involved, the estimated costs, who will provide your care and approximately how long it may take. Complications encountered during therapy that may alter your plan of care or affect the outcome of your treatment also will be explained to you.

**CONSENT AND REFUSAL OF TREATMENT**: You have the right to participate in decisions about your treatment and to have questions answered before making a decision. Treatment you receive will meet appropriate standards of care. You may refuse treatment and expect to be informed of the possible consequences of your decision; however, refusal of treatment may jeopardize your continuing status as a patient at SLCC.

**CONFIDENTIALITY**: Discussions about your care will be done with as much consideration for your privacy as possible. A copy of your treatment record will not be released without your written permission, except as required through an insurance contract or by law. You have the right to read your dental record and to have the information explained as necessary. You may obtain a copy of your records for a reasonable fee.

**Your Responsibilities as a Patient**

As a patient or the representative of a patient in our program, your responsibilities are:

* To honestly and completely share information about your medical and dental history, previous illnesses, hospitalizations, exposure to communicable diseases, medications you are taking, allergies, and your current medical care.
* To be available for services you need, keep your scheduled appointments, and arrive for appointments on time.
* To be considerate and respectful of other patients, students, faculty and staff of the School.
* To follow the instructions you are given.
* To pay for all services when received unless other arrangements have been approved.
* To let us know when there are changes in your general health condition, and when you experience unusual discomfort or complications following a treatment procedure. To ask questions so that you can better understand the nature of your oral condition and the treatment provided.

**COMPLAINT NOTICE:** The Commission on Dental Accreditation will review complaints that relate to a program’s compliance with the accreditation standards. The Commission is interested in the sustained quality and continued improvement of dental and dental-related education programs but does not intervene on behalf of individuals or act as a court of Appeal for individuals in matters of admission, appointment, promotion or dismissal of faculty, staff or students. A copy of the appropriate accreditation standards and/or the Commission’s policy and procedure for submission of complaints may be obtained by contacting the Commission at 211 East Chicago Avenue, Chicago IL 60611 or by calling 1-800-621-8099 extension 2719.

**Declaración de Derechos del Paciente**

**Bienvenidos**

Salt Lake Community College (SLCC) está cometido al cuidado de más alta calidad. Para lograr esto, el paciente, ó el representante del paciente, y los profesionales dentales deben trabajar juntamente. Una mejor comprensión de su condición oral y sus derechos y responsabilidades en el tratamiento de esa condición contribuirá a un mejor cuidado y mayor satisfacción para todos a los cuales les concierne. Ningún conjunto de pautas podría describir la relación especial que existe entre usted y su profesional de asistencia médica oral. El propósito de este documento es simplemente realzar la mutua confianza, cooperación y respeto que rodean esta relación.

**Sus Derechos como Paciente**

**USTED COMO PERSONA:** No solo estamos interesados en proveerle con la más alta norma de cuidado, sino en también reconocer y respetar su dignidad como ser humano. Usted debería esperar ser tratado con respeto no importando su raza, credo, origen nacional, edad, incapacidades, sexo, ó fuente de pago.

**SERVICIOS QUE NECESITA:** Dentro de su capacidad, la Escuela le proveerá un diagnóstico y servicios de tratamiento consistentes con la misión educacional de la escuela. Le informaremos acerca de lo cual podremos y no podremos proveerle y le ayudaremos al darle sugerencias apropiadas ó referencias para un tratamiento en otro lado.

**ENTENDIENDO SU PLAN DE CUIDADO:** Usted tiene derecho a una explicación clara acerca de sus necesidades de asistencia médica oral, qué tratamiento podemos proveerle, cuales son sus alternativas, cuales son los riesgos implicados, el costo estimado, quien le proveerá su cuidado y aproximadamente cuanto tiempo se puede tomar. Complicaciones encontradas durante su terapia que podrían alterar su plan de cuidado o afectar el resultado de su tratamiento también se le será explicado.

**CONSENTIMIENTO Y RECHAZAMIENTO DEL TRATAMIENTO:** Usted tiene el derecho de participar en decisiones acerca de su tratamiento y de obtener respuestas a sus preguntas antes de tomar una decisión. El tratamiento que usted reciba cumplirá con las normas de cuidado apropiadas. Usted puede rechazar el tratamiento y esperar que se le informe acerca de las posibles consecuencias de su decisión; sin embargo, el rechazamiento del tratamiento podría poner en peligro su estado como paciente en SLCC.

**CONFIDENCIALIDAD:** Discusiones acerca de su cuidado serán hechas con la mejor consideración hacia su privacidad como sea posible. Copias de su archivo de tratamiento no serán entregadas sin su permiso por escrito, excepto como es requerido por medio de un contrato de aseguranza ó por ley. Usted tiene el derecho de leer sus archivos dentales y de tener la información explicada si es necesario. Usted puede obtener una copia de su archivo por una cuota razonable.

**Sus Responsabilidades como Paciente**

Como paciente ó representante de un paciente en nuestro programa, sus responsabilidades son:

* Honestamente y completamente compartir información acerca de su historia médica y dental, enfermedades previas, hospitalizaciones, exposición a enfermedades comunicables, medicamentos que esté tomando, alergias, y su cuidado médico actual.
* Estar disponible para servicios que necesita, acudir a sus citas previstas, y llegar a sus citas puntualmente.
* Ser considerado y respetuoso hacia otros pacientes, estudiantes, facultad y el personal de esta Escuela.
* Seguir las instrucciones que se le den.
* Pagar por los servicios cuando sean recibidos a menos que otros arreglos hayan sido aprobados.
* Hacernos saber cuando haya cambios en su condición general de salud, y cuando experimente alguna incomodidad extraña ó complicación después del procedimiento de tratamiento. De hacer preguntas para que pueda tener un mejor entendimiento de la naturaleza de su condición oral y el tratamiento proveído.

**AVISO DE QUEJA**: La Comisión en Acreditación Dental examinará quejas que estén relacionadas con la conformidad del programa con las normas de acreditación. La Comisión esta interesada en la calidad sostenida y una mejoría continúa de programas educacionales dentales o dental relacionados pero no interviene a favor de individuos o actúa como un tribunal de Apelación a favor de individuos en asuntos de admisión, citas, promociones o el descarte de facultad, personal, ó estudiantes. Una copia de las normas de acreditación y/ó la póliza de la Comisión y procedimiento para sumisión de quejas puede ser obtenida al contactar la Comisión al 211 East Chicago IL 60611 ó al llamar al 1-800-621-8099 extensión 2719.