

Parent Bill of Rights

As a parent, legal guardian or person with decision-making authority for a pediatric patient receiving care in this hospital, you have the right, consistent with the law, to the following:

- 1)** To inform the hospital of the name of your child's primary care provider, if known, and have this information documented in your child's medical record.
- 2)** To be assured our hospital will only admit pediatric patients to the extent consistent with our hospital's ability to provide qualified staff, space and size appropriate equipment necessary for the unique needs of pediatric patients.
- 3)** To allow at least one parent or guardian to remain with your child at all times, to the extent possible given your child's health and safety needs.
- 4)** That all test results completed during your child's admission or emergency room visit be reviewed by a physician, physician assistant, or nurse practitioner who is familiar with your child's presenting condition.
- 5)** For your child not to be discharged from our hospital or emergency room until any tests that could reasonably be expected to yield critical value results are reviewed by a physician, physician assistant, and/or nurse practitioner and communicated to you or other decision makers, and your child, if appropriate. Critical value results are results that suggest a lifethreatening or otherwise significant condition that requires immediate medical attention.
- 6)** For your child not to be discharged from our hospital or emergency room until you or your child, if appropriate, receives a written discharge plan, which will also be verbally communicated to you and your child or other medical decision makers. The written discharge plan will specifically identify any critical results of laboratory or other diagnostic tests ordered during your child's stay and will identify any other tests that have not yet been concluded.
- 7)** To be provided critical value results and the discharge plan for your child in a manner that reasonably ensures that you, your child (if appropriate), or other medical decision makers understand the health information provided in order to make appropriate health decisions.
- 8)** For your child's primary care provider, if known, to be provided all laboratory results of this hospitalization or emergency room visit.
- 9)** To request information about the diagnosis or possible diagnoses that were considered during this episode of care and complications that could develop as well as information about any contact that was made with your child's primary care provider.
- 10)** To be provided, upon discharge of your child from the hospital or emergency department, with a phone number that you can call for advice in the event that complications or questions arise concerning your child's condition.

New York State Department of Health Centralized Hospital Intake Program

Mailstop: CA/DCS, Empire State Plaza, Albany, NY 12237

Phone: **(800) 804-5447**

The Joint Commission Office of Quality and Patient Safety

One Renaissance Boulevard, Oakbrook Terrace, Ill. 60181

Fax: (630) 792-5636

Web: **https://www.jointcommission.org/report_a_complaint.aspx**

TTY/Accessibility: (800) 421-1220

Public Health Law (PHL) 2803(i)(g) Patients' Rights 10NYCRR, Section 405.7

Declaración de derechos de los padres

Como padre, tutor legal o persona con la autoridad para tomar decisiones por un paciente pediátrico que recibe atención en este hospital, usted tiene derecho, según la ley, a lo siguiente:

- 1)** Informar al hospital el nombre del proveedor de atención primaria de su hijo, si se conoce, y tener esta información en el expediente médico de su hijo.
- 2)** Tener la seguridad de que nuestro hospital solo admitirá pacientes pediátricos en la medida en que tenga la capacidad de proporcionar el personal calificado, el espacio y los equipos de tamaño adecuado que se necesiten para atender las necesidades singulares de los pacientes pediátricos.
- 3)** Autorizar que al menos uno de los padres o tutores legales permanezca con el niño en todo momento, en la medida de lo posible, según las necesidades de salud y seguridad de su hijo.
- 4)** Solicitar que un médico, asistente médico o practicante de enfermería que conozca la enfermedad de su hijo revise todos los resultados de las pruebas que se realicen durante la admisión o la consulta en una sala de emergenc.
- 5)** Solicitar que no se le dé de alta a su hijo de nuestro hospital o sala de emergencias hasta que un médico, asistente médico o enfermera practicante revise todos los exámenes que, de manera razonable, se espera que arrojarán resultados de valores críticos y que estos resultados se le comuniquen a usted, a otras personas encargadas de tomar decisiones y a su hijo, si así corresponde. Los resultados de valores críticos son aquellos que indican una enfermedad que pone en riesgo la vida u otra enfermedad grave que requiere atención médica inmediata.
- 6)** Solicitar que no se le dé de alta a su hijo de nuestro hospital o sala de emergencias hasta que usted o su hijo, si corresponde, reciban un plan de alta por escrito, que también se les comunicará de forma verbal a usted, a su hijo u otras personas encargadas de tomar decisiones médicas. En el plan de alta por escrito se incluirán específicamente todos los resultados críticos de laboratorio u otras pruebas de diagnóstico que se ordenen durante la estancia de su hijo, así como todas las demás pruebas que aún no se hayan realizado.
- 7)** Recibir los resultados de valor crítico y el plan de alta de su hijo de forma tal que se garantice de manera razonable que usted, su hijo (si corresponde) u otras personas encargadas de tomar decisiones médicas entenderán la información médica proporcionada para tomar decisiones médicas adecuadas.
- 8)** Pedir que se entreguen todos los resultados de laboratorio de esta hospitalización o consulta a sala de emergencias al proveedor de atención primaria de su hijo, si se conoce.
- 9)** Solicitar información sobre los diagnósticos o posibles diagnósticos que se consideraron durante este episodio de atención y las complicaciones que podrían desarrollarse, así como la información sobre cualquier comunicación que se haya sostenido con el proveedor de atención primaria de su hijo.
- 10)** Obtener un número telefónico al que puede llamar luego de que se le dé de alta a su hijo del hospital o del Departamento de Emergencias, para obtener asesoría en caso de complicaciones o preguntas que surjan sobre la enfermedad de su hijo.

New York State Department of Health Centralized Hospital Intake Program

Mailstop: CA/DCS, Empire State Plaza, Albany, NY 12237

Phone: **(800) 804-5447**

The Joint Commission Office of Quality and Patient Safety

One Renaissance Boulevard, Oakbrook Terrace, Ill. 60181

Fax: (630) 792-5636

Web: **https://www.jointcommission.org/report_a_complaint.aspx**

TTY/Accessibility: (800) 421-1220