



\* P B O R \*

## Notice of Patient Rights and Responsibilities

### You have the right to:

- Be treated in a dignified and respectful manner and to receive reasonable responses to reasonable requests for service.
- To effective communication that provides information in a manner you understand, in your preferred language with provisions of interpreting or translation services, at no cost, and in a manner that meets your needs in the event of vision, speech, hearing or cognitive impairments. Information should be provided in easy to understand terms that will allow you to formulate informed consent.
- Respect for your cultural and personal values, beliefs and preferences.
- Personal privacy, privacy of your health information and to receive a notice of the facility's privacy practices.
- Pain management.
- Accommodation for your religious and other spiritual services.
- To access, request amendment to and obtain information on disclosures of your health information in accordance with law and regulation within a reasonable time frame.
- To have a family member, friend or other support individual to be present with you during the course of your stay, unless that person's presence infringes on others rights, safety or is medically contraindicated.
- Care or services provided without discrimination based on age, race, color, national origin, ethnicity, creed, religion, culture, language, physical or mental disability, socioeconomic status, marital status, sex, sexual orientation, and gender identity or expression.
- Participate in decisions about your care, including developing your treatment plan, discharge planning and having your family and personal physician promptly notified of your admission.
- Have the hospital provide you or your surrogate decision-maker with the information about the outcomes of care, treatment, and services that you need in order to participate in current and future health care decisions.
- Select providers of goods and services to be received after discharge.
- Refuse care, treatment or services in accordance with law and regulation and to leave the facility against advice of the physician.
- Have a surrogate decision-maker participate in care, treatment and services decisions when you are unable to make your own decisions.
- Receive information about the outcomes of your care, treatment and services, including unanticipated outcomes.
- Give or withhold informed consent when making decisions about your care, treatment and services.
- Receive information about benefits, risks, side effects to proposed care, treatment and services; the likelihood of achieving your goals and any potential problems that might occur during recuperation from proposed care, treatment and service and any reasonable alternatives to the care, treatment and services proposed.
- Give or withhold informed consent to produce or use recordings, filming or obtaining images of you for any purpose other than your care.
- Participate in or refuse to participate in research, investigation or clinical trials without jeopardizing your access to care and services unrelated to the research.
- Know the names of the practitioner who has primary responsibility for your care, treatment or services and the names of other practitioners providing your care.
- Formulate advance directives concerning care to be received at end-of-life and to have those advance directives honored to the extent of the facility's ability to do so in accordance with law and regulation. You also have the right to review or revise any advance directives.
- Be free from neglect; exploitation; and verbal, mental, physical and sexual abuse.
- An environment that is safe, preserves dignity and contributes to a positive self-image.
- Be free from any forms of restraint or involuntary seclusion used as a means of convenience, discipline, coercion or retaliation; and to have the least restrictive method of restraint or seclusion used only when necessary to ensure patient safety.
- Access protective and advocacy services and to receive a list of such groups upon your request.

### Patient Rights and Responsibilities

ADM-1901G-TN

Page 1 of 2

04/11 (Rev. 07/13, 03/14, 07/14, 03/16, 08/17, 11/17, 02/18, 09/18)

HOSPITAL TEST SYSTEM

**TESTPATIENT, JOE 0002 A**

DOB: 01/01/2000 16 M 5 X

MR#:8670001427

ACCIDENT, ALLEN Z

DOS:11/08/2016



Patient Account#: **7000**

Printed on 04/02/19 at 13:37

**You have the right to:** (continued from page 1)

- Receive the visitors whom you designate, including but not limited to a spouse, a domestic partner (including same-sex domestic partner), another family member, or a friend. You may deny or withdraw your consent to receive any visitor at any time. To the extent this facility places limitations or restrictions on visitation; you have the right to set any preference of order or priority for your visitors to satisfy those limitations or restrictions.
- Examine and receive an explanation of the bill for services, regardless of the source of payment.

**You have the responsibility to:**

- Provide accurate and complete information concerning your present medical condition, past illnesses or hospitalization and any other matters concerning your health.
- Tell your caregivers if you do not completely understand your plan of care.
- Follow the caregivers' instructions.
- Follow all medical center policies and procedures while being considerate of the rights of other patients, medical center employees and medical center properties.

**You also have the right to:**

Lodge a concern with the state, whether you have used the hospital's grievance process or not. If you have concerns regarding the quality of your care, coverage decisions or want to appeal a premature discharge, contact the State Quality Improvement Organization (QIO).

Quality Improvement Organization

Phone: (813) 280-8256  
Toll Free (844) 455-8708 - Fax (844) 834-7129

Mail: KEPRO  
5201 W. Kennedy Boulevard, Suite 900  
Tampa, FL 33609

- If you have a Medicare complaint you may contact

Agency for Healthcare Administration

Phone: (888) 419-3456

Mail: Agency For Healthcare Administration  
2727 Mahan Drive  
Tallahassee, FL 32308

**Regarding problem resolution, you have the right to:**

Express your concerns about patient care and safety to facility personnel and/or management without being subject to coercion, discrimination, reprisal or unreasonable interruption of care; and to be informed of the resolution process for your concerns. If your concerns and questions cannot be resolved at this level, contact the accrediting agency indicated below:

Patient safety concerns can be reported to The Joint Commission:

- Website: [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org) using the "Report a Patient Safety Event" link in the "Action Center" on the home page of the website.
- By email to: [patientsafetyreport@jointcommission.org](mailto:patientsafetyreport@jointcommission.org)
- By phone to: (800) 994-6610
- By fax to: (630) 792-5636
- By mail to: Office of Quality and Patient Safety  
The Joint Commission,  
One Renaissance Boulevard  
Oakbrook Terrace, IL 60181

The undersigned certifies that s/he has read the foregoing, understands it, accepts its terms, has received a copy of it and is the patient or is duly authorized by the patient as their agent to execute the above.

Patient's Signature or Legal Representative			Date	Time	
Relationship to Patient		Interpreter, if Utilized		Date	Time
Witness Signature	Date	Time	If Telephone Consent, Second Witness Signature	Date	Time

**Patient Rights and Responsibilities**

**HOSPITAL TEST SYSTEM**

**TESTPATIENT, JOE 0002 A**

DOB: 01/01/2000 16 M 5 X MR#:8670001427

ACCIDENT, ALLEN Z DOS:11/08/2016



Patient Account#: **7000**



\* P B O R \*

## Aviso de derechos y responsabilidades del paciente

### Usted tiene el derecho a:

- Ser tratado de una manera digna y respetuosa y a recibir respuestas razonables a las solicitudes razonables de servicio.
- Una comunicación efectiva que le proporcione información, de forma que usted la comprenda, en su idioma preferido, con prestación de servicios gratuitos de traducción o interpretación y de manera que satisfaga sus necesidades si usted tiene alguna discapacidad de la vista, habla, auditiva o cognitiva. La información debería proporcionarse en términos fáciles de comprender que le permitan formular un consentimiento informado.
- El respeto de sus valores, creencias y preferencias personales y culturales.
- La privacidad personal, privacidad de su información médica y a recibir un aviso de las prácticas de privacidad del hospital.
- El manejo del dolor.
- La adaptación para sus servicios religiosos y otros servicios espirituales.
- Acceder a la información sobre divulgaciones de su información de salud, obtener dicha información y solicitar enmiendas a tal información, de conformidad con la ley y la reglamentación, dentro de un plazo razonable.
- Tener un familiar, amigo u otra persona de apoyo para que esté presente con usted durante su estadía, a menos que la presencia de esa persona infrinja los derechos y la seguridad de otros o esté médicamente contraindicado.
- Los cuidados y servicios se prestan sin discriminación basada en la edad, la raza, el color, la nacionalidad, el origen étnico, el credo, la religión, la cultura, el idioma, la discapacidad física o mental, la posición socioeconómica, el estado civil, el género, la orientación sexual y la identidad o expresión de género.
- Participar en las decisiones sobre su atención, incluso a crear su plan de tratamiento, a planificar su alta y a tener a su familia y médico personal notificados rápidamente de su ingreso.
- Que el hospital les suministre a usted o al sustituto responsable de tomar decisiones la información relativa a los resultados de la atención, el tratamiento y los servicios que necesiten para participar en las decisiones actuales y futuras sobre la atención médica.
- Seleccionar proveedores de productos y servicios para recibirlos después del alta.
- Rechazar la atención, el tratamiento o los servicios de conformidad con la ley y la reglamentación, y a dejar el centro de atención médica en contra del consejo del médico.
- Tener una persona suplente encargada de tomar decisiones para que participe en las decisiones de atención, tratamiento o servicios cuando usted no pueda tomar sus propias decisiones.
- Recibir información sobre los resultados de su atención, tratamiento y servicios, incluso los resultados inesperados.
- Dar o retirar su consentimiento informado en el momento de tomar decisiones sobre su atención, tratamiento o servicios.
- Recibir información sobre los beneficios, los riesgos, y los efectos secundarios de la atención, el tratamiento y los servicios propuestos; la probabilidad de lograr sus objetivos y cualquier problema posible que pudiera ocurrir durante la recuperación posterior a la atención, el tratamiento y el servicio propuestos y cualquier alternativa razonable a la atención, al tratamiento y a los servicios propuestos.
- Dar o negar su consentimiento informado para la producción o el uso de grabaciones, filmaciones o imágenes de usted con cualquier propósito que no sea el de brindarle atención.
- Participar o rechazar participar en estudios, investigaciones y pruebas clínicas sin poner en riesgo su acceso a la atención y a los servicios no relacionados con el estudio.
- Conocer el nombre del médico que tiene la responsabilidad primaria de su atención, tratamiento o servicios y los nombres de los otros médicos que le proporcionan su atención.
- Formular instrucciones anticipadas sobre la atención que recibirá al final de la vida y a que se respeten esas instrucciones anticipadas en la medida de las posibilidades del hospital para hacerlo de conformidad con la ley y la reglamentación. También tiene el derecho de revisar o modificar cualquier instrucción anticipada.
- No sufrir negligencia, explotación ni abuso verbal, mental, físico y sexual.
- Un entorno que sea seguro, que preserve su dignidad y contribuya a una imagen propia positiva.
- No ser víctima de ninguna forma de restricción o reclusión involuntaria utilizada como medio de conveniencia, disciplina, coerción o represalia; y a tener el método de restricción o reclusión menos limitativo, utilizado únicamente cuando sea necesario para garantizar la seguridad del paciente.
- Acceder a servicios de protección y defensa y a recibir una lista de dichos grupos si la solicita.
- Recibir a los visitantes a quienes usted nombre, incluso (entre otros) su cónyuge, una pareja (incluso una pareja del mismo sexo), otro familiar o un amigo. Usted puede denegar o retirar su consentimiento para recibir a cualquier visitante en cualquier momento. Hasta donde el hospital ponga limitaciones o restricciones sobre las visitas, usted tiene derecho a establecer preferencias en el orden o prioridad de sus visitantes para satisfacer esas limitaciones o restricciones.

### Patient Rights and Responsibilities

ADM-1901GS-TN

04/11 (Rev. 07/13, 03/14, 07/14, 03/16, 08/17, 11/17, 02/18, 09/18)

Page 1 of 2

HOSPITAL TEST SYSTEM

**TESTPATIENT, JOE 0002 A**

DOB: 01/01/2000 16 M 5 X

MR#:8670001427

ACCIDENT, ALLEN Z

DOS:11/08/2016



Patient Account#: **7000**

Printed on 04/02/19 at 13:37

**Tiene derecho a:** (continuación de la página 1)

- Examinar y recibir una explicación de la factura de servicios, independientemente de la fuente de pago.
- Si tiene una queja de Medicare puede contactar:

Agency for Healthcare Administration

Teléfono: (888) 419-3456

Correo: Agency For Healthcare Administration  
2727 Mahan Drive  
Tallahassee, FL 32308

**Tiene la responsabilidad de:**

- Proporcionar información exacta y completa relacionada con su afección médica actual, sus enfermedades u hospitalizaciones anteriores y cualquier otro asunto relacionado con su salud.
- Indicarles a los proveedores de atención si no comprende en su totalidad su plan de atención.
- Seguir las instrucciones de los proveedores de atención.
- Seguir todas las políticas y los procedimientos del centro médico al mismo tiempo que considera los derechos de otros pacientes, los empleados y la propiedad del centro médico.

**En relación con la resolución de problemas, usted tiene derecho a:**

Expresar sus preocupaciones sobre la atención y la seguridad de los pacientes al personal o a la gerencia del centro de atención médica, sin ser sujeto a coacción, discriminación, represalias o a la interrupción inaceptable de atención y a estar informado sobre el proceso de resolución de sus preocupaciones. Si sus preocupaciones y preguntas no se pueden resolver a este nivel, comuníquese con la agencia de acreditación que se indica a continuación.

Las inquietudes sobre la seguridad del paciente se pueden informar a The Joint Commission:

**También tiene el derecho a:**

Reportar una inquietud ante el estado, ya sea que haya utilizado el proceso de quejas del hospital o no. Si tiene problemas relacionados con la calidad de su atención, las decisiones de la cobertura o si quiere apelar una dada de alta prematura, contacte a la Organización Estatal de Mejora de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés).

Quality Improvement Organization

Teléfono: (813) 280-8256  
Gratuito: (844) 455-8708 - Fax (844) 834-7129

Correo: KEPRO  
5201 W. Kennedy Boulevard, Suite 900  
Tampa, FL 33609

• Sitio web:

www.jointcommission.org  
usando el enlace "Report a Patient Safety Event" (Informar un evento de seguridad del paciente) en el "Action Center" (Centro de acción) de la página de inicio del sitio web

• Por correo electrónico a: patientsafetyreport@jointcommission.org

• Por teléfono al: (800) 994-6610

• Por fax al: (630) 792-5636

• Por correo postal a: Office of Quality and Patient Safety  
The Joint Commission  
One Renaissance Boulevard  
Oakbrook Terrace, IL 60181

El suscrito certifica que ha leído lo anterior, que comprende y acepta las condiciones, que ha recibido una copia de este documento y que es el paciente o la persona debidamente autorizada por el paciente como su apoderado para llevar a cabo lo arriba mencionado.

Firma del Paciente/Guardián/Representante Autorizado Legalmente			Fecha	Hora	
Relación con el Paciente		Intérprete y Número, si se utiliza	Fecha	Hora	
Firma del Testigo	Fecha	Hora	Si es Consentimiento por teléfono/verbal, Firma de Segundo Testigo	Fecha	Hora

**Patient Rights and Responsibilities**

ADM-1901GS-TN Page 2 of 2  
04/11 (Rev. 07/13, 03/14, 07/14, 03/16, 08/17, 11/17, 02/18, 09/18)

**HOSPITAL TEST SYSTEM**

**TESTPATIENT, JOE 0002 A**

DOB: 01/01/2000 16 M 5 X MR#:8670001427

ACCIDENT, ALLEN Z DOS:11/08/2016



Patient Account#: **7000**

Printed on 04/02/19 at 13:37