

# NOTICE OF PATIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

Florida law requires that your health care provider or health care facility recognize your rights while you are receiving medical care and that you respect the health care provider's or health care facility's right to expect certain behavior on the part of patients. You will be informed on admission about your rights and responsibilities. A full copy of the Florida Patient's Bill of Rights and Responsibilities (Section 381.026, Florida Statutes) may be found at [leg.state.fl.us/statutes](http://leg.state.fl.us/statutes). You may request a copy of the full text of this law from your health care provider or health care facility. A summary of your rights and responsibilities follows.

## AS A PATIENT OF THIS FACILITY YOU OR YOUR PARENTS AND/OR GUARDIANS HAVE THE FOLLOWING RIGHTS:

1. To be granted access to treatment or accommodations that are available or medically necessary, regardless of age, race, ethnicity, religion, culture, language, physical or mental disability, socioeconomic status, sex, sexual orientation, gender identity or expressions, and sources of payment for care.
2. Each patient (or his/her Support Person) will be informed in writing of their visitation rights including: (1) patient's right to receive the visitors whom he or she designates, including, but not limited to, a spouse, a domestic partner (including same sex domestic partner), another family member, or a friend; (2) patient's right to withdraw or deny such consent at any time; (3) justified Clinical Restrictions which may be imposed on a patient's visitation rights; (4) all visitors designated by the patient (or Support Person when appropriate) shall enjoy full and equal visitation privileges consistent with patient preference. Nemours Children's Hospital does not restrict, limit, or otherwise deny visitation privileges on the basis of race, color, national origins, religion, sex, gender, identity, sexual orientation or disability.
3. To be treated with respect, and courtesy in an environment that: preserves your individual dignity, fosters a positive self image, protects the individual's need for privacy, and is free from mental, physical, sexual or verbal abuse, neglect, and exploitation.
4. To receive care in a manner that respects your cultural and personal values, beliefs, and preferences.
5. To receive treatment for any emergency medical condition that will deteriorate from failure to provide treatment.
6. To receive care that supports your emotional, educational, religious, spiritual, and developmental needs.
7. When informed consent is needed, to receive effective communication about the potential risks, alternatives (including nontreatment), and benefits associated with proposed procedures, care, treatment, and services.
8. To be provided with the opportunity to ask questions and expect a prompt and reasonable response with questions answered to your satisfaction.
9. To obtain complete and current information about your diagnosis, planned course of treatment, alternatives, risks, prognosis, and proposed future health care needs from your care provider in a manner tailored to your needs which should include a consideration of age, primary language, disabilities, and ability to understand.
10. To participate in care decisions.
11. To be informed of any experimental treatments or research studies that may directly affect your care and the potential risks, benefits, discomforts, and alternatives. And you have the right to give your consent or refusal to participate in such experimental research.
12. To have pain assessed and the ability to participate in decisions regarding how pain is managed.
13. To refuse treatment in accordance with the law and to be informed of the medical consequences of that refusal.
14. To express grievances regarding any violation of your rights through the grievance procedure of the health care provider which served you and to the appropriate state licensing agency. This includes being informed about the hospital's processes to help resolve problems or concerns about your hospital stay and/or care. You may express your concerns to your attending physician, or any member of the health care team. You may also contact the Patient Relations Department. You or your family member may share your concerns with the State of Florida Agency for Health Care Administration or the Joint Commission with contact information as follows:  
  
**State of Florida Agency for Health Care Administration**  
**Phone:** 1(888) 419-3456  
**Web:** <http://www.fdhc.state.fl.us/index.shtml>  
**Mail:** Florida Agency of Health Care Administration  
Consumer Services Unit – 4052 Bald Cypress Way  
Bin C-75, Tallahassee, Florida 32399-3275  
  
**The Joint Commission**  
**Phone:** 1(800) 994-6610  
**Mail:** The Joint Commission  
Office of Quality Monitoring  
1 Renaissance Boulevard  
Oakbrook Terrace, IL 60181
15. To know the names and qualifications of your caregivers. You have the right to know who is providing medical services and who is responsible for your care. You, your parent and/or guardian has the right to know if the hospital has relationships with outside parties that impact your treatment and care. These relationships may be with educational institutions, other health care providers or insurers.
16. To have your parent and/or guardian and/or an adult member of the health care team present as a chaperone\* at all times when you are examined or treated.
17. To have your medical record information treated confidentially, as described in the Nemours Notice of Privacy Practice.

18. To expect that your visit will be as safe and comfortable as possible and that any form of restraint and/or seclusion will be used only when medically necessary.
19. To have family members and others to visit you, your parent and/or guardian during normal visiting hours and as much as possible to support the provision of emotional support. To be given an explanation from the health care team when clinical or other reasonable restrictions on visitors are necessary. You also have the right to refuse visitors at any time.
20. To designate a family spokesperson to work with the staff if ethical issues arise in your care.
21. To not be transferred to another facility unless the need for transfer and the alternatives to the transfer are completely explained to you. The transfer should occur only if acceptable to you and the receiving facility.
22. To receive a copy of a reasonably clear and understandable, itemized bill and, upon request, to have the charges explained.
23. To receive, upon request, prior to treatment, a reasonable estimate of charges for medical care.
24. To receive upon request, full information and necessary counseling on the availability of known financial resources for your care.
25. If you are eligible for Medicare, you have the right to know, upon request, and in advance of treatment, whether the health care provider or health care facility accepts the Medicare assignment rate.
26. To be informed at a time of admission or outpatient treatment about patient rights and responsibilities.
27. To be informed about access to child and adult protective services if the need for those services is apparent.
28. To have a family member or representative of choice and your own physician notified promptly at the time of admission to the hospital if requested.
29. To be informed about the outcomes of care, treatment and services, including unanticipated outcomes by a licensed independent practitioner on your health care team.
30. To have wishes addressed related to end of life decisions and to be informed about advance directives, if 18 years of age or older.
31. To be a recipient of effective communication from the health care team which includes the sharing of information regarding patient support services that are available, including whether an interpreter is available if you do not speak English or you have visual or hearing impairments. The interpreter is supplied at no cost to you.
32. To be informed and give written consent regarding the production of the recordings, films, or other images that may be used for purposes other than your care, and to request the production of these images be stopped at any time or your consent withdrawn before recording, film or image is used.
33. To be permitted to access, request amendments to, and obtain information on disclosures of your health information, in accordance with law and regulation.

**YOU, YOUR PARENT AND/OR GUARDIAN HAS THE FOLLOWING RESPONSIBILITIES:**

1. Your parent and/or guardian should provide comfort and support you as much as possible, in the special way that only families can provide.
2. To work with the health care team to ensure the best possible treatment, rehabilitation and discharge planning.
3. To provide, to the best of your ability and knowledge, accurate and complete information about present complaints, past illnesses, hospitalizations, medications, and other matters relating to your health.
4. To report unexpected changes in your condition to the health care team.
5. To be available to your health care team either personally or by telephone.
6. To voice any concerns about your care to the health care team or any associate of the Patient- and Family-Centered Care Team.
7. To let your health care team know if you do not understand the contemplated course of health care plan, what is expected of you in this plan if the health care instructions supplied are not understood or cannot be followed.
8. To follow the prescribed treatment plans and keep appointments. If you are unable to keep the appointments, you must notify the hospital or office. You, or your parent/guardian, are responsible for the medical consequences if treatment is refused or the prescribed treatment plan is not followed by you.
9. To recognize that the needs of other patients and families may sometimes be more urgent.
10. To treat staff and other families in a considerate, courteous, and cooperative manner.
11. To respect the cultures, values, beliefs, privacy, and confidentiality of other patients and families receiving care.
12. To ensure that your behavior, as well as the behavior of your visitors, is reasonable and responsible and considerate of the rights of other patients and staff.
13. To follow hospital and practice site rules affecting patient care and conduct.
14. To understand that Nemours Children's Hospital is a teaching facility and to cooperate with the staff in their training of health care professionals.
15. To take care of your personal property and valuables and to respect the property of the hospital or practice location.
16. To provide complete and accurate insurance information at the time of your visit or hospital admission.
17. To assure the financial obligations of your health care are fulfilled as promptly as possible.

The patient, parent and/or guardian will be informed at the time of admission or outpatient treatment and as needed thereafter about his/her rights and responsibilities through the Rights and Responsibilities brochure and the Nemours Notice of Privacy Practices.

**\*DEFINITION: Chaperone:** An adult member of the health care team who is 21 years of age or older, acting under the direction of the physician or Nemours Children's Hospital or who is a licensed health care professional, and who is the same gender of the patient, when practicable.

# AVISO DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

La ley de Florida requiere que su proveedor de atención médica o centro de atención de la salud reconozcan sus derechos mientras usted recibe atención médica, y que usted respete el derecho del proveedor de atención médica o del centro de atención médica a esperar un comportamiento adecuado por parte de los pacientes. Se le informará sobre sus derechos y responsabilidades durante la admisión. Puede obtener una copia completa del Aviso de Derechos y Responsabilidades del Paciente en Florida (Sección 381.026, Estatutos de Florida) en [leg.state.fl.us/statutes](http://leg.state.fl.us/statutes)\*. Usted puede solicitar una copia del texto completo de esta ley a su proveedor de atención médica o al centro de atención médica. A continuación, un resumen de sus derechos y responsabilidades.

*\*Disponible solo en inglés.*

## COMO PACIENTE DE ESTE CENTRO, USTED, SU PADRE Y/O TUTOR TIENEN LOS SIGUIENTES DERECHOS:

1. Que se le otorgue acceso a los tratamientos o al alojamiento que esté disponible o que sea médicamente necesario, sin importar su edad, raza, etnia, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, estatus económico y social, sexo, orientación sexual, expresiones o identidad de género, y fuentes de pago para la atención médica.
2. Se le informará por escrito a cada paciente (o a su Persona de apoyo) acerca de sus derechos de visita, incluidos: (1) el derecho del paciente de recibir a los visitantes que él o ella designe, incluidos, a modo de ejemplo, su cónyuge, pareja doméstica (incluida una pareja doméstica del mismo sexo), otro miembro de la familia o un amigo; (2) el derecho del paciente de retirar o denegar dicho consentimiento en cualquier momento; (3) Restricciones Clínicas justificadas que puedan aplicarse a los derechos de visita de un paciente; (4) todos los visitantes designados por el paciente (o por la Persona de Apoyo cuando corresponda) tendrán privilegios de visita plenos y equitativos de acuerdo con la preferencia del paciente. Nemours Children's Hospital no restringe, limita ni deniega de ningún otro modo los privilegios de visita en función de la raza, el color, la nacionalidad, la religión, el sexo, el género, la identidad, la orientación sexual o la discapacidad.
3. Ser tratado con respeto y cortesía en un entorno que preserva su dignidad individual, fomenta una imagen personal positiva, protege su necesidad individual de privacidad, y no presenta abusos de tipo verbal, sexual, físico o mental, ni actos de negligencia o de explotación.
4. Recibir atención de una manera que respete sus valores, creencias y preferencias culturales y personales.
5. Recibir tratamiento para cualquier enfermedad de emergencia que pueda deteriorarse si no se proporciona tratamiento.
6. Recibir atención médica que satisfaga sus necesidades espirituales, religiosas, educacionales, emocionales y de desarrollo.
7. Al momento de necesitar el consentimiento informado, recibir una comunicación efectiva, sobre los posibles riesgos, alternativas (incluida la ausencia de tratamiento) y los beneficios, relacionada con los procedimientos, el cuidado, el tratamiento y los servicios sugeridos.
8. Contar con la oportunidad de hacer preguntas y recibir una respuesta pronta y razonable con preguntas contestadas a su satisfacción.
9. Obtener información completa y actualizada sobre su diagnóstico, planificación de la evolución del tratamiento, alternativas, riesgos, pronóstico y necesidades de atención médica futuras propuestas por su proveedor de atención médica de una manera adaptada a sus necesidades, y que tenga en consideración la edad, el idioma principal, las discapacidades y la habilidad para entender.
10. Participar en las decisiones de atención médica.
11. Recibir información acerca de cualquier tratamiento experimental o estudio de investigación que pueda afectar en forma directa su atención médica y los posibles riesgos, beneficios, malestares y alternativas. Y usted tiene el derecho de dar su consentimiento o negativa a participar en dicha investigación experimental.
12. Que evalúen el dolor y tener la capacidad de participar en las decisiones sobre cómo manejar el dolor.
13. Rechazar el tratamiento de conformidad con la ley y a recibir información de las consecuencias médicas de dicho acto.
14. Expresar sus quejas sobre cualquier violación de sus derechos a través del procedimiento de quejas por parte del proveedor de atención médica que lo atendió, y a la agencia estatal de licencias adecuada. Esto incluye obtener información sobre los procedimientos del hospital para ayudar a resolver los problemas o inquietudes relativos a su estadía y/o a su atención médica en el hospital. Usted puede expresar sus preocupaciones a su médico responsable, o a cualquier miembro del equipo de salud. También puede comunicarse con el Departamento de Atención al Paciente. Usted o un miembro de su familia pueden compartir sus preocupaciones con la State of Florida Agency for Health Care Administration o con la Joint Commission a través de la siguiente información de contacto:  
  
**Teléfono de la State of Florida Agency for Health Care Administration:** (888) 419-3456  
**Sitio web:** <http://www.fdhc.state.fl.us/index.shtml>  
**Correo postal:** Florida Agency of Health Care Administration  
Consumer Services Unit – 4052 Bald Cypress Way  
Bin C-75, Tallahassee, Florida 32399-3275  
**Teléfono de la Joint Commission:** (800) 994-6610  
**Correo:** The Joint Commission Office of Quality Monitoring1 Renaissance Boulevard Oakbrook Terrace, IL 60181
15. Recibir información acerca de los nombres y las calificaciones de sus cuidadores. Usted tiene derecho a saber quién le provee servicios médicos y quién es responsable de su cuidado. Usted, su padre y/o su tutor tienen el derecho a saber si el hospital tiene relaciones con agentes externos que afecten su tratamiento y atención médica. Esta relación puede ser con instituciones educativas, otros proveedores de atención médica o aseguradoras.
16. Tener a su padre y/o tutor o a un miembro adulto del equipo de atención médica presente como acompañante\* en todo momento cada vez que se somete a estudios o a tratamientos.
17. Que la información que consta en su historia clínica sea confidencial, tal como lo establece el Aviso de Prácticas de Privacidad de Nemours.

18. Esperar que su visita sea lo más segura y agradable posible y que cualquier tipo de restricción y/o reclusión se utilizará únicamente cuando sea médicamente necesario.
19. Recibir visitas de miembros de la familia y otras personas, a usted, a su padre y/o tutor durante las horas normales de visita y todo el tiempo que sea posible para poder brindar el apoyo emocional necesario. Recibir una explicación por parte del equipo de atención médica cuando existan restricciones clínicas u otras restricciones razonables sobre las visitas. Usted también tiene el derecho de rechazar las visitas en cualquier momento.
20. Designar un portavoz de la familia para trabajar con el personal si surgen problemas éticos en su atención médica.
21. No ser trasladado a otro establecimiento a menos que se le explique detalladamente la necesidad del traslado y las alternativas a dicho traslado. El traslado debe llevarse a cabo únicamente si usted y el establecimiento que lo reciba lo aprueban.
22. Recibir una copia detallada y razonablemente clara y comprensible de la factura y, previa solicitud, obtener una explicación de los cargos.
23. Recibir, previa solicitud, una estimación razonable de los cargos de atención médica antes del tratamiento.
24. Recibir, previa solicitud, información completa y el asesoramiento necesario sobre la existencia de recursos financieros conocidos para su cuidado.
25. Si usted es elegible para Medicare, usted tiene el derecho a saber, previa solicitud, y antes del tratamiento, si el centro médico o el proveedor de atención médica acepta la tarifa asignada por Medicare.
26. Recibir información, al momento de la admisión o durante el tratamiento como paciente ambulatorio, acerca de sus derechos y responsabilidades como paciente.
27. Recibir información acerca del acceso a servicios de protección infantil y de adultos si existe una necesidad aparente de contar con esos servicios.
28. Que se notifique de inmediato a su médico y a un representante o miembro de la familia en el momento de la admisión al hospital, en caso de ser necesario.
29. Recibir información de un profesional independiente licenciado de su equipo de atención médica sobre los resultados de la atención, el tratamiento y los servicios, incluidos los resultados imprevistos.
30. Que se tengan en cuenta los deseos relativos a decisiones del final de la vida y recibir información acerca de indicaciones avanzadas, en caso de tener 18 de edad o más.
31. Recibir una comunicación eficaz por parte del equipo de atención médica que incluya brindar información sobre los servicios disponibles de apoyo a pacientes, incluso si hay un intérprete disponible en caso de que usted no hable inglés o tenga una discapacidad visual o auditiva. El intérprete no tiene costo alguno para usted.
32. Recibir información y dar consentimiento por escrito acerca de la producción de grabaciones, filmaciones y otras imágenes que puedan ser utilizadas con fines que no estén relacionados con su cuidado, y solicitar que se detenga la producción de esas imágenes en cualquier momento o que se anule su consentimiento antes de que se utilice la grabación, filmación o imagen.
33. Que se le permita el acceso, solicitar que se modifiquen y obtener información sobre las divulgaciones de su información de salud, de conformidad con la legislación y la regulación.

#### USTED, SU PADRE Y/O TUTOR TIENEN LAS SIGUIENTES RESPONSABILIDADES:

1. Su padre y/o tutor deberá brindarle consuelo y apoyo tanto como sea posible, de la manera especial en que únicamente las familias pueden hacerlo.
2. Trabajar en conjunto con el equipo de atención médica para asegurar el mejor plan de tratamiento, rehabilitación y alta posible.
3. Proporcionar, en la medida de su capacidad y conocimiento, información precisa y completa sobre sus afecciones actuales, enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
4. Informar cambios inesperados en su enfermedad al equipo de atención médica.
5. Estar a disposición de su equipo de atención médica, ya sea en persona o por teléfono.
6. Expresar cualquier inquietud sobre su atención al equipo de atención médica o a cualquier asociado del Equipo de Atención Médica Centrado en el Paciente y la Familia.
7. Comunicar a su equipo de atención médica si usted no entiende el curso previsto para el plan de atención médica, lo que se espera de usted en este plan si las instrucciones de atención médica provistas no se entienden o no pueden ser seguidas.
8. Cumplir con los planes de tratamiento indicados y con las citas médicas. Si usted no puede asistir a las citas, debe notificar al hospital o al consultorio. Usted o su padre/tutor son responsables de las consecuencias médicas en el caso de rechazar el tratamiento o no cumplir con el plan de tratamiento indicado para usted.
9. Reconocer que las necesidades de otros pacientes y familias pueden ser en ocasiones más urgentes.
10. Tratar al personal y a otras familias de manera considerada, cortés y colaboradora.
11. Respetar la cultura, los valores, las creencias, la privacidad y la confidencialidad de otros pacientes y familias que reciban atención médica.
12. Asegurarse de que su comportamiento, así como también el comportamiento de los visitantes, sea razonable, responsable y considerado respecto de los derechos de otros pacientes y del personal.
13. Cumplir con las normas del hospital y lugar de práctica que afecten el cuidado y la conducta del paciente.
14. Entender que Nemours Children's Hospital es un centro de enseñanza, y cooperar con el personal en su formación de profesionales de la salud.
15. Cuidar sus pertenencias y objetos de valor y respetar la propiedad del hospital o lugar de práctica.
16. Brindar información completa y precisa sobre el seguro al momento de su visita o admisión al hospital.
17. Asegurarse de que las obligaciones financieras de su atención médica se cumplan lo antes posible.

Se le informará al paciente, a su padre y/o tutor en el momento de la admisión o el tratamiento ambulatorio, y según sea necesario de allí en adelante, sobre sus derechos y responsabilidades a través del folleto de Derechos y Responsabilidades y el Aviso de Prácticas de Privacidad de Nemours.

**\*DEFINICIÓN: Acompañante:** Un miembro adulto del equipo de atención médica que sea mayor de 21 años, que actúe bajo la supervisión del médico o de Nemours Children's Hospital, o que sea un profesional de atención médica con licencia, y que sea del mismo sexo que el paciente, cuando esto sea posible.