

PERSONAL CHOICES & PATIENT BILL OF RIGHTS

Your Right to Decide and Make Your Wishes Known

Consent for Treatment

Before you can be treated for your medical condition in the hospital, you or your representative (healthcare surrogate) will be asked to sign Consent for Treatment forms. These forms provide your written consent for diagnostic lab work, tests, procedures or surgery. Please be sure you read and understand the information before you sign the forms.

Advance Directives

An “advance directive” is a document that you may fill out before you need hospitalization. It designates how you want your healthcare to be delivered in the event that you are not able to make that decision yourself. It also allows you to name a trusted person to make these choices for you. These forms are provided as a courtesy if you do not already have advance directives. Two forms of advance directives are:

- A Living Will
- Healthcare Surrogate Designation

If you have questions or need help, please contact the Spiritual Care Department at the hospital where you are staying or the Risk Management Department at (321) 841-5294.

Living Will

A living will generally states the type of medical care you want or do not want if you become unable to make your own decisions. It is called a “living” will because it takes effect while you are still living. Under Florida law, you may make a living will and direct the providing of or withholding or withdrawal of life-prolonging procedures in the event that you:

- have a terminal condition caused by injury, disease or illness from which there is no reasonable medical probability of recovery and that, without treatment, can be expected to cause death, or
- have an end-stage condition caused by injury, disease or illness that has resulted in progressively severe and permanent deterioration and, to a reasonable degree of medical probability, treatment of the condition would be ineffective, or
- are in a persistent “vegetative” state, or permanent and irreversible condition of unconsciousness in which there is:
 - (a) the absence of voluntary action or cognitive behavior of any kind;
 - (b) an inability to communicate or interact purposefully with the environment.

Healthcare Surrogate

A healthcare surrogate form is a signed, dated and witnessed document naming another person such as a spouse, adult child, other family member, or close friend as your representative to make medical decisions for you if you become unable to make them yourself or if you choose to defer the decisions to the person you designate even if you have the capacity to make your own decisions. You can include instructions about any treatment you want or wish to avoid. Florida law provides a suggested form for designation of a healthcare surrogate or you may use the form included in this guide. If your health care surrogate is not willing, able, or reasonably available to perform his or her duties, you may also name an alternate healthcare surrogate.

Summary of the Florida Patient's Bill of Rights and Responsibilities

In order to promote the interests and well-being of our patients, Orlando Health recognizes your rights while you are receiving medical care. We trust that you will respect Orlando Health's right to expect certain behavior of you while you are a patient at our facility. The following is a summary of your rights and responsibilities in accordance with the Florida Patient Bill of Rights and federal regulations.

Your Rights

You have the right to:

- be treated with courtesy and respect, with appreciation of your individual dignity and with protection of your need for privacy.
- a prompt and reasonable response to questions and requests.
- know who is providing medical services and who is responsible for your care.
- know what patient support services are available, including that an interpreter is available at no cost to you if you do not read, speak or understand English or have a disability affecting your ability to communicate.
- bring any person of your choosing to the patient-accessible areas of the health care facility or provider's office to accompany you while receiving inpatient or outpatient treatment or while consulting with your health care provider, unless doing so would risk your safety or health or the safety or health of other patients, or staff of the facility or office or cannot be reasonably accommodated by the facility or provider.
- know what rules and regulations apply to your conduct.
- be given by the healthcare provider information concerning your diagnosis, planned course of treatment, alternatives, risks and prognosis.
- appropriate assessment and management of pain.
- designate a support person, determine who may visit, and understand there may be limitations placed on visits in accordance with clinical considerations.
- refuse treatment, except as otherwise provided by law.
- be given, upon request, full information and necessary counseling on the availability of known financial resources for your care.
- (if eligible for Medicare) know, upon request in advance of treatment, whether the healthcare provider or health care facility accepts the Medicare assignment rate.
- receive, upon request, prior to treatment, a reasonable estimate of charges for medical care.
- receive a copy of a reasonable, clear and understandable itemized bill and upon request, to have charges explained.
- impartial access to medical treatment or accommodations, regardless of race, national origin, religion, sexual orientation, handicap, age or source of payment.
- treatment for any emergency medical condition that will deteriorate from failure to provide treatment.
- know if medical treatment is for purposes of experimental research and to give your consent or refusal to participate in such experimental research.
- express complaints/grievances regarding any violation of your rights, as stated in Florida or federal law, through Orlando Health using the complaint/grievance hot line (321) 841-5294 and to the appropriate state licensing agency.

Your Responsibilities

You are responsible for:

- providing to Orlando Health, to the best of your knowledge, accurate and complete information about present complaints, past illnesses, hospitalizations, medications and other matters relating to your health.
- reporting unexpected changes in your condition to Orlando Health.
- reporting to Orlando Health whether you understand a contemplated course of action and what is expected of you.
- following the treatment plan recommended by Orlando Health.
- keeping appointments and, when you are unable to do so for any reason, for notifying the healthcare provider or healthcare facility.
- your actions, if you refuse treatment or do not follow the healthcare provider's instructions.
- ensuring that the financial obligations of your medical care are fulfilled as promptly as possible.
- following Orlando Health's rules and regulations affecting your care and conduct.

For a copy of the full text of the Florida Patient's Bill of Rights and Responsibilities, please ask your nurse or ask to speak with a Risk Management representative.

If you have any complaint against a hospital or ambulatory surgical center, call the Complaint Administration Unit at (888) 419-3456 or write to the address below:

Agency for Healthcare Administration
Consumer Assistance Unit
2727 Mahan Drive
Tallahassee, FL 32317-4000
www.fdhc.state.fl.us

If you have complaints against a doctor, call Medical Staff Services at (407) 841-5139 or the Medical Quality Assurance, Consumer Service Office at (888) 419-3456 or write to the address below:

Healthcare Practitioners
Medical Quality Assurance
Consumer Services
P.O. Box 1400
Tallahassee, FL 32308-4000

If you have concerns related to patient care or safety not addressed by the hospital's management contact:

Joint Commission
Office of Quality Monitoring
One Renaissance Blvd
Oakbrook, IL 60181
(800) 994-6610
www.jointcommission.org

Living Will

Declaration made this _____ day of _____ (enter year) _____ .

I, _____ willfully and voluntarily make known my desire that my dying not be artificially prolonged under the circumstances set forth below, and I do hereby declare that, if at any time I am incapacitated and

(initial) _____ I have a terminal condition: a condition caused by injury, disease or illness from which there is no reasonable medical probability of recovery and that, without treatment, can be expected to cause death; or

(initial) _____ I have an end-stage condition: an irreversible condition caused by injury, disease or illness that has resulted in progressively severe and permanent deterioration, and that to a reasonable degree of medical probability, treatment of the condition would be ineffective; or

(initial) _____ I am in a persistent "vegetative" state: a permanent and irreversible condition of unconsciousness in which there is: (a) the absence of voluntary action or cognitive behavior of any kind; (b) an inability to communicate or interact purposefully with the environment;

and if my attending or treating physician and another consulting physician have determined that there is no reasonable medical probability of my recovery from such a condition, I direct that life-prolonging procedures be withheld or withdrawn when the application of such procedures would serve only to prolong artificially the process of my dying, and that I be permitted to die naturally with only the administration of medication or the performance of any medical procedure deemed necessary to provide me with comfort care or to alleviate pain.

It is my intention that this declaration be honored by my family and physician as the final expression of my legal right to refuse medical or surgical treatment and to accept the consequences for such refusal.

In the event that I have been determined to be unable to provide express and informed consent regarding the withholding, withdrawal or continuation of life-prolonging procedures, I wish to designate as my surrogate to carry out the provisions of this declaration:

Name _____

Address _____

Phone Number _____

If the above-named person is not available, I designate:

Name _____

Address/Phone Number _____

I understand the full import of this declaration, and I am emotionally and mentally competent to make this declaration.

Additional Instructions (optional) _____

Name (print) _____

Signed _____

Witness Name (print) _____

Witness Signature _____

Address/Phone _____

Witness Name (print) _____

Witness Signature _____

Address/Phone Number _____

OPCIONES PERSONALES Y DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

Su derecho a decidir y hacer saber sus deseos

Consentimiento para tratamiento

Antes de que pueda recibir tratamiento para su condición médica en el hospital, se le pedirá a usted o a su representante (apoderado de atención médica) que firme formularios de consentimiento para recibir tratamiento. En estos formularios proveerá su consentimiento por escrito para exámenes de laboratorio, pruebas, procedimientos y cirugía. Por favor, asegúrese de leer y entender la información antes de firmar los formularios.

Instrucciones médicas por adelantado

Usted puede llenar un documento de “instrucciones médicas por adelantado” antes de que necesite ser hospitalizado. Este documento designa cómo quiere que se le provea atención médica en caso de que usted no sea capaz de tomar decisiones por sí mismo. También le permite designar a una persona de confianza para que tome estas decisiones en su nombre. Estos formularios son provistos como cortesía si usted aún no dispone de instrucciones médicas por adelantado. Dos formularios de instrucciones médicas por adelantado son:

- Testamento en vida
- Designación de apoderado de atención médica

Si tiene preguntas o necesita ayuda, por favor comuníquese con el Departamento de Atención Espiritual del hospital donde se aloja o con el Departamento de Gestión de Riesgos al (321) 841-5294.

Testamento en vida

Un testamento en vida indica el tipo de atención médica que desea o que no desea, en caso de que no pueda tomar sus propias decisiones. Se llama testamento “en vida” porque lo otorga mientras está vivo. De acuerdo con las leyes de Florida, es posible otorgar un testamento en vida y dar instrucciones sobre la prestación, retención o retiro de procedimientos para prolongar la vida en caso de que usted:

- tenga una condición terminal causada por una herida, enfermedad o dolencia para la cual no existe una probabilidad médica razonable de recuperación, y que, sin tratamiento, se puede prever que causará la muerte, o
- tiene una condición en fase terminal, causada por una herida, enfermedad o dolencia, que ha originado un deterioro progresivo severo o permanente, y en un grado razonable de probabilidad médica, el tratamiento de la condición sería ineficaz, o
- está en un estado “vegetativo” persistente, o en una condición de inconsciencia permanente e irreversible en la que hay:
 - (a) ausencia de acción voluntaria o de comportamiento cognitivo ninguno;
 - (b) incapacidad para comunicarse o interactuar intencionalmente con el entorno.

Apoderado de atención médica

Un formulario de apoderado de atención médica es un documento firmado, fechado y atestiguado que nombra a otra persona (por ejemplo, un cónyuge, hijo adulto, otro familiar o amigo cercano) como su representante para tomar decisiones médicas por usted en caso de no poder tomarlas por sí mismo, o si opta por delegar tales decisiones en la persona a la que designe aun cuando usted tiene la capacidad de tomar sus propias decisiones. Puede incluir instrucciones sobre cualquier tratamiento que quiere recibir o que desea evitar. Las leyes de Florida proporcionan un formulario sugerido para la designación de un apoderado de atención médica, o puede utilizar el formulario incluido en esta guía. Si su apoderado de atención médica no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente disponible para llevar a cabo sus funciones, usted también puede designar a un apoderado alterno de atención médica.

Resumen de la declaración de derechos y responsabilidades del paciente de Florida

Con el fin de promover los intereses y el bienestar de nuestros pacientes, Orlando Health reconoce sus derechos mientras está recibiendo atención médica. Confiamos en que usted respetará el derecho de Orlando Health de esperar que usted exhiba cierto comportamiento mientras sea paciente en nuestras instalaciones. El siguiente es un resumen de sus derechos y responsabilidades de acuerdo con la Declaración de Derechos del Paciente en Florida y los reglamentos federales.

Sus derechos

Usted tiene el derecho de:

- que se le trate con cortesía y respeto, con reconocimiento de su dignidad individual y con la protección de su necesidad de privacidad.
- recibir respuestas oportunas y razonables a sus preguntas y pedidos.
- saber quién está proporcionando servicios médicos y quién es responsable de su cuidado.
- saber qué servicios de apoyo hay disponibles para los pacientes, incluido un intérprete sin costo alguno si usted no lee, habla o entiende el inglés, o tiene una discapacidad que afecta su capacidad para comunicarse.
- traer a cualquier persona de su elección a las áreas del paciente accesibles del centro o consultorio médico para que le acompañe durante su tratamiento como paciente hospitalizado o ambulatorio, o durante una consulta con su proveedor médico; a menos que hacerlo pudiera presentar un riesgo para su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otros pacientes, personal del centro o consultorio; o que el centro médico o consultorio no puedan acomodar razonablemente a otra persona.
- conocer qué reglas y reglamentos se aplican a su conducta.
- recibir de su proveedor médico información sobre su diagnóstico, plan de tratamiento, alternativas, riesgos y pronóstico.
- que se evalúe y maneje adecuadamente su dolor.
- designar a una persona de apoyo, determinar quién puede visitarlo, y entender que pueden imponerse limitaciones a las visitas de acuerdo con consideraciones clínicas.
- rehusar el tratamiento, a menos que la ley exija lo contrario.
- recibir, cuando lo solicite, información completa y asesoría sobre la disponibilidad de recursos financieros para su cuidado.
- (si es paciente elegible para Medicare) saber, cuando lo solicite y antes de recibir tratamiento, si el proveedor médico o centro médico acepta la tarifa asignada de Medicare.
- recibir, cuando lo solicite, un cálculo razonable de cargos por atención médica antes del tratamiento.
- recibir una copia de una factura detallada, razonable, clara y comprensible, y de que se le expliquen los cargos, cuando lo solicite.
- tener acceso imparcial a tratamiento médico o alojamiento no obstante su raza, origen nacional, religión, orientación sexual, discapacidad física, edad o fuente de pago.
- recibir tratamiento por cualquier condición médica de emergencia que se deterioraría de no ser tratada.
- saber si el tratamiento médico tiene fines de investigación experimental y de dar o rehusar dar su consentimiento para participar en dicha investigación experimental.
- expresar quejas/reclamos con respecto a cualquier violación de sus derechos, como se establece en las leyes de Florida o federales, a través del número de teléfono (321) 841-5294 de Orlando Health y ante la agencia reguladora estatal apropiada.

Sus responsabilidades

Usted es responsable de:

- proporcionar a Orlando Health, según su mejor saber y entender, información precisa y completa sobre quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
- informar a Orlando Health de cambios inesperados en su condición.
- informar a Orlando Health si entiende una línea de acción contemplada y qué se espera de usted.
- seguir el plan de tratamiento recomendado por Orlando Health.
- mantener las citas y, cuando no pueda hacerlo por cualquier motivo, notificar al proveedor médico o centro médico.
- sus acciones, de rechazar el tratamiento o no seguir las instrucciones del proveedor médico.
- asegurarse de cumplir, lo más oportunamente posible, con sus obligaciones financieras por su atención médica.
- seguir las reglas y reglamentos de Orlando Health que incidan en su atención médica y conducta.

Para obtener una copia del texto completo de la Declaración de Derechos del Paciente en Florida, por favor hable con un enfermero o representante de Gestión de Riesgos.

Si tiene alguna queja contra un hospital o un centro de cirugía ambulatoria, llame a la Unidad de Administración de Quejas al (888) 419-3456 o escriba a la siguiente dirección:

Agency for Healthcare Administration
Consumer Assistance Unit
2727 Mahan Drive
Tallahassee, FL 32317-4000
www.fdhc.state.fl.us

Si tiene alguna queja contra un médico, llame a Servicios de Personal Médico al (407) 841-5139 o a la Oficina de Servicio al Cliente para la Garantía de la Calidad Médica al (888) 419-3456 o escriba a la siguiente dirección:

Healthcare Practitioners
Medical Quality Assurance
Consumer Services
P.O. Box 1400
Tallahassee, FL 32308-4000

Si tiene inquietudes relacionadas con la atención o seguridad de los pacientes no atendidas por la administración del hospital, contacte a:

Joint Commission
Office of Quality Monitoring
One Renaissance Blvd
Oakbrook, IL 60181
(800) 994-6610
www.jointcommission.org

Testamento en vida

Declarado a los _____ días del mes de _____ del año _____ .

Yo, _____ intencional y voluntariamente declaro mi deseo de que mi muerte no sea prolongada artificialmente bajo las circunstancias que se indican a continuación, y por la presente declaro que, si en algún momento estoy incapacitado y

(iniciales) _____ tengo una condición terminal: una condición causada por una herida, enfermedad o dolencia para la cual no existe una probabilidad médica razonable de recuperación y que, sin tratamiento, se puede prever que causará la muerte; o

(iniciales) _____ tengo una condición en fase terminal: una condición irreversible causada por una herida, enfermedad o dolencia que ha originado un deterioro progresivo severo o permanente, y que en un grado razonable de probabilidad médica, el tratamiento de la condición sería ineficaz; o

(iniciales) _____ estoy en un estado "vegetativo" persistente: una condición permanente e irreversible de inconsciencia en la que hay: (a) ausencia de acción voluntaria o de comportamiento cognitivo ninguno; (b) incapacidad para comunicarse o interactuar intencionadamente con el entorno;

y si mi médico de cabecera o tratante y otro médico consultor han determinado que no hay una probabilidad médica razonable de recuperación de tal condición, ordeno que los procedimientos de prolongación de la vida sean detenidos o retirados cuando la aplicación de tales procedimientos solo sirvan para prolongar artificialmente el proceso de mi muerte, y que se me permita morir de forma natural con la administración solo de medicamentos o la realización de cualquier procedimiento médico necesario para proporcionar comodidad o aliviar el dolor.

Es mi intención que esta declaración sea honrada por mi familia y los médicos como la expresión final de mi derecho legal de rechazar tratamientos médicos o quirúrgicos y aceptar las consecuencias de tal rechazo.

En el caso de que se determine que soy incapaz de proporcionar consentimiento informado y expreso con respecto a la retención, retiro o continuación de procedimientos para prolongar la vida, deseo designar a mi apoderado para que lleve a cabo las disposiciones de esa declaración.

Nombre _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

Si la persona antes mencionada no está disponible, designo a:

Nombre _____

Dirección/número de teléfono _____

Entiendo el significado completo de esta declaración y soy emocional y mentalmente competente para hacerla.

Instrucciones adicionales (opcional) _____

Nombre (letra de imprenta) _____ Firmado _____

Nombre del testigo (letra de imprenta) _____ Firma del testigo _____

Dirección/teléfono _____

Nombre del testigo (letra de imprenta) _____ Firma del testigo _____

Dirección/número de teléfono _____