

## PATIENT BILL OF RIGHTS

**AS OUR CLIENT YOU HAVE THE RIGHT TO EXERCISE YOUR RIGHTS, AND/OR TO DESIGNATE A REPRESENTATIVE TO EXERCISE THEM FOR YOU / LOS DERECHOS DEL PACIENTE COMO CLIENTE NUESTRO USTED TIENE EL DERECHO DE EJECUTAR SUS DERECHOS, Y/O DESIGNAR UN REPRESENTANTE QUE LOS EJECUTE FOR USTED:**

- 1) To have your property treated with respect.
- 2) To voice grievance regarding treatment or care that is (or fails to be) furnished, or regarding lack of respect for property by anyone who is furnishing services on behalf of the Agency, and must not be subjected to discrimination or reprisal for doing so.
- 3) Receive an investigation by us of complaints made by the client or client's family or guardian regarding treatment or care that is (or fails to be) furnished, or regarding the lack of respect for the client's property by anyone furnishing services on behalf of the Agency, and we will document both the complaint and the resolution of the complaint.
- 4) Be informed in advance about care to be furnished and of any changes in the care to be furnished. To have the pain evaluated and its intensity controlled.
- 5) Be advised in advance of the disciplines that will furnish care, and the frequency of visits proposed to be furnished.
- 6) Be advised in advance of any change in the plan of care before the change is made. To refuse any segment of treatment to the extent permitted by the law without relinquishing other segments of the treatment plan. You have the right to be informed of the medical consequences of your action. You have the right to request a copy of your Plan of care.
- 7) Be advised in advance of the right to participate in planning the care or treatment and in planning changes in the care and treatments.
- 8) Be advised that the Agency complies with Advance Directives regulations, and receive a copy of the Agency written policies and procedures regarding advance directives, including a description of an individual's right under applicable state law and how such rights are implemented by the Agency.
- 9) Receive Advance Directives/Do not Resuscitate order information prior to or at the time of the first home visit.
- 10) Maintain your Clinical record information Confidential. Make every consideration of your privacy concerning your own medical program, case discussions, consultations and treatments are confidential and should be conducted discretely. Those not directly involved in your care must have your permission to be present.
- 11) Be advised of the Agency's policy and procedures regarding accessing and/or disclosure of clinical record.
- 12) Be informed orally and in writing and before care is initiated of the organization's billing policies and payment procedures and the extent of which:
  - a) Payment may be expected from Medicare/Medicaid, or any other federally funded or aided program known to the Agency
  - b) Charges for services that will not be covered by Medicare/Medicaid
  - c) Charges that the individual may have to pay.
- 13) Be informed orally and in writing of any changes in payment information as soon as possible, but no later than 30 days from the date that the Agency becomes aware of the change.
- 14) Be advised, prior of the start of care of the availability of the toll-free Home Health Hot-line in the state and the accreditation company
- 15) Be informed of the availability of the **AHCA Home Health Hotline** to make a complaint regarding any Home Health Agency or in the **IMPLEMENTATION OF THE ADVANCED DIRECTIVES at 1-888-419-3456** from 8:00 am to 6:00 pm, and to report **Abuse, Neglect or exploitation: 1-800-962-2873**, 24 hours a day, 7 days a week. Be free of physical and mental abuse/neglect and/or exploitation.
- 16) Be Informed of Agency ownership and control. To know the name and professional relationship of those individuals involved in your care. To know the name of the responsible person coordinating and supervising your Home Health Care and the manner in which that person may be contacted during regular working hours.
- 17) Access to Services without any kind of discrimination.

- 1) *Tratar su propiedad con respeto.*
- 2) *Presentar una queja sobre su tratamiento o cuidado, o falta de respeto a su propiedad, y que no será sujeto a discriminación o represalias por esto.*
- 3) *De estar informado sobre la poliza y proceso para registrar una reclamación sobre los servicios recibidos. Y la investigación que nosotros hagamos. Ud. tiene el derecho de estar informado que los servicios de Home Health no serán descontinuados como resultado de efectuar usted una demanda, y será informado de la resolución de la queja.*
- 4) *Ser informado en avance acerca del cuidado que recibirá o los cambios de este cuidado. Su dolor sea evaluado y su intensidad controlada.*
- 5) *Ser informado en avance de las disciplinas involucradas en su cuidado, y la frecuencia de visitas propuesta.*
- 6) *Ser informado en avance de cambios en su Plan de cuidado. Rechazar cualquier segmento del Plan y ser informado de las consecuencias de hacerlo. Tener derecho a pedir una copia de su Plan de Cuidado.*
- 7) *Se advertido en avance de su derecho a participar en la planificación de su Plan de Cuidado y Tratamiento.*
- 8) *Ser advertido que la Agencia cumple con las regulaciones de Directivas Anticipadas, y recibir una copia de las Polizas y Procedimientos referente a las Directivas Avanzadas de la Agencia, incluyendo sus derechos bajo estas leyes y como son implementados por la Agencia.*
- 9) *Recibir información sobre Directivas Anticipadas y la Orden de no resucitar, antes de comenzar nuestro cuidado o en nuestra primera visita a su casa.*
- 10) *Mantener confidencialmente su record clinico, Hacer el máximo esfuerzo para cuidar su privacidad referente a su programa médico, discusión de casos, consultas, tratamiento confidenciales que serán conducidos discretamente. Aquellas personas no involucradas en su cuidado necesitarán su permiso para estar presentes.*
- 11) *Ser informado de nuestras Polizas y Procedimientos referente al acceso y discusión de su record clínico.*
- 12) *Ser informado verbal y por escrito y antes de que comience su cuidado, referente a las polizas para facturar por nuestros servicios, y los procedimientos para los pagos como:*
  - a) *Los pagos vendrán de programas de Medicare/Medicaid u otro programa con fondos federales o programs de ayuda conocido por la Agencia.*
  - b) *Los cargos por los servicios no serán cubiertos por Medicare/Medicaid.*
  - c) *Cargos que usted debe pagar.*
- 13) *Ser informado verbal y por escrito de cualquier cambio en los pagos por los servicios que recibe lo mas pronto posible, pero antes de 30 días desde que la Agencia conoce de estos cambios.*
- 14) *Ser informado antes del comienzo de nuestro servicio, de la disponibilidad de una línea gratuita en el estado y la compañía de acreditación por quejas o preguntas.*
- 15) *Estar informado de la disponibilidad de una línea de queja estatal (AHCA) de cualquier Agencia o de la IMPLEMENTACION DE LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS al 1-888-419-3456, de 8:00 am a 6:00 pm, y para reportar ABUSOS, Negligencia o Explotacion, al 1-800-962-2873, 24 horas al día, 7 días a la semana. Estar libre de cualquier abuso o explotación física y mental.*
- 16) *Ser informado de las personas que controlan y son dueños de la Agencia. De saber el nombre y la relación profesional de las personas envueltas en su caso. De saber el nombre de la persona responsable que coordina y supervisa los cuidados prestados en su casa y la manera en que esta persona pueda ser contactada en las horas de trabajo.*
- 17) *Tener acceso a los servicios sin ningún tipo de discriminación.*

PATIENT'S SIGNATURE/FIRMA DEL PACIENTE

DATE/FECHA

MR.

## HIPAA Privacy Rights

**Your Rights As A Patient to Privacy Of Your Health Information** \* **Right to Request Restrictions** You have the right to request restrictions on our uses and disclosures of your health information, however we may refuse to accept the restriction. \* **Right to Request Confidential Communications** You have the right to request that we communicate with you confidentially, for example to speak with you only in private; to send mail to an address you designate; or to telephone you at a number you designate. We will make every attempt to honor your request. \* **Right to Request Access to Your Health Information** You have the right to request access to your health information in order to inspect or copy it. Your request must be in writing. We may deny your request and, if so, you may request a review of the denial. However, we will make every attempt to honor your request. \* **Right to Request an Amendment of Your Health Information** You have the right to request an amendment to your health information. Your request must be in writing and must provide a reason for the amendment. We may deny your request and, if so, you may submit a statement of disagreement. However, we will make every attempt to honor your request. \* **Right to Request an Accounting of Disclosures of Your Health Information** You have the right to request an accounting of our disclosures of your health information for purposes other than treatment, payment, and health care operations. We will make every attempt to honor your request. We are not required to provide an accounting for disclosures for more than 6 years prior to the date of your request. \* **Right to Obtain a Paper Copy of the Privacy Notice** If you received the Privacy Notice electronically, you have the right receive a paper copy. To exercise any of these rights please write or telephone to our Agency.

**Sus Derechos de Privacidad de Información de su Salud** \* **Derecho a solicitar Restricciones** Usted tiene el derecho de solicitar restricciones a usos y discusiones de la información de su salud, pero podemos rechazar a aceptar la restricción. \* **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted confidencialmente, por ejemplo para hablarle en privado; para mandar correo a una dirección que designe; o para llamarlo a un teléfono que designe. Nosotros vamos a hacer un máximo esfuerzo por complacerlo. \* **Derecho a Solicitar Acceso a su Información de salud** Usted tiene el derecho de solicitar acceso a la información de su salud para inspeccionarla o copiarla. Su solicitud tiene que ser por escrito. Podemos negar su solicitud, si lo hacemos, usted puede solicitar revisar la negación. Pero, nosotros vamos a hacer el esfuerzo de complacerlo. \* **Derecho a Solicitar un Cambio a la Información de su Salud** Usted tiene el derecho de solicitar cambios en la información de su salud. Su solicitud tiene que ser por escrito y tener razones para el cambio. Podemos negar su solicitud y si lo hacemos, usted puede enviarnos una queja o reclamo. Pero, nosotros vamos a hacer el esfuerzo de complacerlo. \* **Derecho a Solicitar una Cuenta de las Discusiones de la Información de su Salud** Usted tiene el derecho de solicitar una lista de nuestras discusiones de la información de su salud por causas que no sean tratamientos, pagos, u operaciones de cuidado de su salud. Vamos a hacer el esfuerzo de complacerlo, no estamos obligados a proveerle una cuenta de discusiones por mas de 6 años antes a la fecha de su solicitud. \* **Derecho a Obtener Una Copia de la Noticia sobre Privacidad** Si usted recibió ese documento electronicamente, tiene el derecho de hacer una copia. Para repasar cualquiera de estos derechos por favor escriba o llame a nuestras oficinas.

## PATIENT RESPONSIBILITY

As a home health care patient you have the responsibility to:

1. Give accurate and complete health information concerning your past illness, hospitalization, medications, allergies, and other pertinent items.
2. Assist in developing and maintaining a safe environment.
3. Inform the Home Health Care Agency when you will not be able to keep a home health care visit.
4. Participate in the development and update of your home health care plan and comply with prescribed medical regimen.
5. Adhere to your developed (updated home health care plan).
6. Request further information concerning anything you do not understand.
7. Give information regarding concerns and problems you have to a home health care agency staff member.
8. Agree to accept all care givers without regard to race, color, religion, sex, age, gender, preference, handicap, or national origin.
9. Remain under a physicians care while receiving skilled services.
10. Provide the Agency with all requested insurance and financial records.
11. Signs required consents and release forms.
12. Accept the responsibility of any refusal of treatment.

I have reviewed and understand my responsibilities as described above.

## RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Como paciente de cuidado de su salud en la casa Ud. tiene la responsabilidad de.

1. Dar información exacta y completa de su salud concerniente a sus enfermedades anteriores, así como también hospitalizaciones, alergias, y cualquier otro detalle que Ud. considere pertinente.
2. Ayudar a desarrollar y mantener un medio ambiente sin peligros.
3. Mantener informada a la agencia de cuidados de la salud en la casa cuando Ud. no pueda cumplir con una de sus visitas.
4. Participar en el desarrollo y actualización de su plan de cuidado de la salud y cumplir con el régimen médico prescrito.
5. Adherirse a su plan desarrollado (y actualizado de cuidado de su salud en la casa).
6. Pedir mayor información concerniente a cualquier cosa que Ud. no haya entendido bien.
7. Dar información a un miembro de la agencia de cuidados de la salud en la casa concerniente a dudas o problemas que Ud. pueda tener.
8. Aceptar el empleado enviado, sin tener en cuenta raza, color, religión, sexo, edad, incapacidad física, u origen nacional.
9. Mantenerse bajo el cuidado de sus doctores cuando recibe servicio de enfermería o terapia.
10. Mostrarle a la Agencia todos los detalles de su seguro y situación financiera.
11. Firmar todas las formas de consentimientos necesarios.
12. Aceptar la responsabilidad si rehusa cualquier parte del tratamiento.

He revisado y entiendo cuáles son mis responsabilidades así descritas arriba.

# CLIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

## As a client you have the right to:

■ Choose your health care provider. ■ Be fully informed of your rights and receive this notice before the initiation of care. ■ Be treated with dignity, consideration, and respect by professional staff. ■ Exercise your rights. (If the client has been judged incompetent, the family or legal guardian may exercise the clients rights) ■ Have your person and property treated with respect. ■ Upon request, receive a copy of your Plan of Care established and maintained by the agency. ■ Voice grievances regarding care or lack of respect for property without being subject to discriminate or reprisal. Supervisor can be contacted by calling **the Agency**. ■ Be informed, orally and in writing, before care is initiated of the extent to which payment for agency services may be expected from Medicare or other sources, and the extent to which payment may be required from you. ■ Be informed, as soon as possible, orally and in writing, of any changes in the charges of items and services for which you may have to pay but no later than thirty (30) calendar days from the date that the agency becomes aware of the changes. ■ Participate in the planning and revising of your home health program and updating it as your condition changes. ■ Be advised in advance of the staff who will provide care, the proposed frequency of visits, and/or any changes in the plan of care due to changes in your health or available resources. ■ Refuse all or partial services and treatments to the extent permitted by law, and be informed of possible consequences. ■ be informed within a reasonable time of anticipated termination of services or transfer to another health care provider. ■ Formulate an Advance Directive and be informed of the implementation of the Advance Directive requirements. ■ Appropriate assessment and management of your pain. ■ Request information about your medical conditions, including alternative treatments and associated risks. ■ Talk with an agency **Supervisor**. ■ Expect confidentiality of all records, communications, and personal information related to your care, in accordance with Hipaa, Federal and State Laws or third party payment contracts. ■ To obtain a paper copy of the "Notice of Privacy Practice". ■ To request restrictions your PHI ( Protected Health Information) ■ To request confidential communications of your PHI. ■ To request access to your PHI. ■ To request an amendment to your PHI. ■ To request an accounting of disclosures of your PHI. ■ To lodge a complaint concerning your PHI.

To complain about a home health agency, call the Hotline number for the State Agency for Health Care Administration:  
Monday through Friday 8:00 a.m. to 6:00 p.m.  
**1(888) 419-3456.**

## As a client you have the responsibility to:

■ Provide the agency with a complete and accurate health history. ■ Remain under a doctor's care while receiving agency services. ■ Inform the agency of the existence of and any changes made to the Advance Directive. ■ Notify the agency about how satisfied you are with the service. ■ Accept the consequences for any refusal of treatment or choice of noncompliance. ■ Provide the agency with all requested insurance and financial information, including any changes in coverage. ■ Advise the agency of any problems or dissatisfaction with our care, without being subject to discrimination or reprisal. ■ Request further information concerning anything you do not understand. ■ Participate in the planning and revising of your home health program and updating it as your condition changes. ■ Provide a safe home environment in which your care can be provided appropriately and adequately. ■ Cooperate with your doctor, agency staff, and other care givers. ■ Notify the agency when unable to keep appointments. ■ Treat agency personnel with respect and consideration. ■ Sign the required consents and releases for insurance billing.

To report abuse, neglect, or exploitation call the Hotline's **Toll-Free** number below:  
Sunday through Saturday (7 days a week) 24 hrs/day  
**1 (800) 962-2873**

\_\_\_\_\_  
Print Name

\_\_\_\_\_  
Print Patient Representative Name

\_\_\_\_\_  
Patient Signature

\_\_\_\_\_  
Patient Representative Signature

\_\_\_\_\_  
Witness

\_\_\_\_\_  
Date

# DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

## Como cliente Ud. tiene derecho a:

■ Escoger su proveedor de cuidados de salud. ■ Estar completamente informado de sus derechos y recibir este aviso antes de iniciar los servicios de salud en su hogar. ■ Ser tratado con dignidad, consideracion y respeto per el personal profesional. ■ Ejercer sus derechos. (Si el cliente ha sido declarado incompetente, su familia , tutor, o guardian puede ejercer sus derechos por el o ella). ■ Que su propiedad y persona sean tratados con respeto y privacidad. ■ Presentar quejas con respecto a la atencion recibida o a falta de respeto a su propiedad sin estar sujeto a discriminacion ni represalias. (Puede contactar al supervisor llamando a la Agencia). ■ Ser informado, verbalmente y por escrito, antes de iniciar los servicios, de la cantidad que se espera que Medicare/Seguro cubra y de la cantidad que se requiere que usted pague. ■ Ser informado cuanto antes, verbalmente y por escrito de cualquier cambio en los servicios por el cual se espera que usted pague, en no menos de treinta (30) dias desde la fecha en que la agencia reciba la notificacion. ■ Participar en la preparacion de un plan de cuidados de acuerdo a sus necesidades, o de actualizarlo segun cambie su condicion. ■ A que la agencia le avise por adelantado sobre quien es la persona que le va proporcionar los cuidados y la frecuencia de visitas que se han propuesto, y/o cualquier cambio en su programa de cuidados, debido a cambios en su salud y/o a recursos disponibles. ■ Esperar que se mantenga confidencialmente toda informacion relacionada con el cuidado provisto, segun las regulaciones. ■ Negarse a recibir todo o parte de los servicios o tratamientos; y ser informado de las posibles consecuencias de sus acciones. ■ Que se le informe con una anticipacion razonable cuando se le va a terminar el servicio o va a ser transferido a otro proveedor de cuidados de salud. ■ A que su dolor sea evaluado, y controlado. ■ Formular una Directiva por Adelantado. (La provision de cuidados no sera afectada si usted no tiene una Directiva por Adelantado). ■ Hablar con un supervisor de la agencia. ■ Derecho de solicitar restricciones sobre su informacion de salud. ■ El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales sobre su informacion de salud. ■ El derecho de solicitar el acceso a su informacion de la salud. ■ El derecho de solicitar una enmienda de la informacion sobre su salud. ■ El derecho de solicitar un recuento de la informacion sobre su salud. ■ El derecho de obtener una copia del aviso sobre practicas de privacidad. ■ El derecho de comenzar el proceso de quejas.

Para registrar quejas sobre agencias de salud en el hogar, llame gratis a la Agencia de Administracion de Cuidados de Salud:  
Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.  
1 (888) 419-3456.

## Como cliente Ud. tiene la responsabilidad de:

■ Proporcionarle a la agencia una historia medica precisa y completa. ■ Permanecer bajo el cuidado de un medico mientras reciba servicios de la agencia. ■ Firmar los consentimientos requeridos y permisos para hacer la facturacion al seguro. ■ Proporcionarle a la agencia toda la informacion requerida sobre su seguro y finanza, incluyendo cambios en su cobertura. ■ Informarle a la agencia con respecto a sus Directivas por Adelantado, y de cualquier cambio hecho a este documento. ■ Aceptar las consecuencias de haberse negado a recibir tratamiento alguno o de su decision de no obedecer el plan de tratamiento. ■ Avisarle a la agencia sobre cualquier problema o falta de satisfaccion que Ud. tenga con respecto al cuidado recibido, sin estar sujeto a discriminacion o represalias. ■ Cooperar con su medico, con el personal de la agencia y con otros proveedores de servicios. ■ Proporcionar un ambiente seguro en su casa, libre de riesgos y peligros para brindar los cuidados. ■ Tratar al personal de la agencia con respeto, cortesia, y consideracion. ■ Hacerle saber a la agencia cuan satisfecho Ud. con el servicio. ■ Avisarle a la agencia por adelantado cuando Ud. no vaya a poder cumplir con la cita. ■ Participar en el planeamiento y la revision de su programa de cuidados en la casa. ■ Solicitar mas informacion con respecto a cualquier cosa que Ud. no comprenda.

Para reportar abuso, negligencia o explotacion, llame gratis al siguiente numero:  
Domingo a Sábado (7 días a la semana) 24 hrs/día  
1 (800) 962-2873

---

Nombre del Paciente

---

Nombre del Representante Autorizado

---

Firma del Paciente Testigo

---

Firma del Representante Autorizado

---

Testigo

BLANCA - AGENCIA

---

Fecha

AMARILLO - CLIENTE

## CLIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

### As a client you have the right to:

■ Choose your health care provider. ■ Be fully informed of your rights and receive this notice before the initiation of care. ■ Be treated with dignity, consideration, and respect by professional staff. ■ Exercise your rights. (If the client has been judged incompetent, the family or legal guardian may exercise the clients rights) ■ Have your person and property treated with respect. ■ Upon request, receive a copy of your Plan of Care established and maintained by the agency. ■ Voice grievances regarding care or lack of respect for property without being subject to discriminate or reprisal. Supervisor can be contacted by calling to our Agency (see cover). ■ Be informed, orally and in writing, before care is initiated of the extent to which payment for agency services may be expected from Medicare or other sources, and the extent to which payment may be required from you. ■ Be informed, as soon as possible, orally and in writing, of any changes in the charges of items and services for which you may have to pay but no later than thirty (30) calendar days from the date that the agency becomes aware of the changes. ■ Participate in the development and revising of your plan of care and updating it as your condition changes. ■ Be advised in advance of the staff who will provide care, the proposed frequency of visits, and/or any changes in the plan of care due to changes in your health or available resources. ■ Refuse all or part of your plan of care to the extent permitted by law, and be informed of possible consequences. ■ be informed within a reasonable time of anticipated termination of services or transfer to another health care provider. ■ Formulate an Advance Directive and be informed of the implementation of the Advance Directive requirements. ■ Appropriate assessment and management of your pain. ■ Request information about your medical conditions, including alternative treatments and associated risks. ■ Talk with an agency **Supervisor**

■ Expect confidentiality of all records, communications, and personal information related to your care, in accordance with Hipaa, Federal and State Laws or third party payment contracts. ■ To obtain a paper copy of the "Notice of Privacy Practice". ■ To request restrictions your PHI (Protected Health Information) ■ To request confidential communications of your PHI. ■ To request access to your PHI. ■ To request an amendment to your PHI. ■ To request an accounting of disclosures of your PHI. ■ To lodge a complaint concerning your PHI.

To complain about a home health agency, call the Hotline number for the State Agency for Health Care Administration:  
Monday through Friday 8:00 a.m. to 6:00 p.m.  
**1(888) 419-3456**

### As a client you have the responsibility to:

■ Provide the agency with a complete and accurate health history. ■ Remain under a doctor's care while receiving agency services. ■ Inform the agency of the existence of and any changes made to the Advance Directive. ■ Notify the agency about how satisfied you are with the service. ■ Accept the consequences for any refusal of treatment or choice of noncompliance. ■ Provide the agency with all requested insurance and financial information, including any changes in coverage. ■ Advise the agency of any problems or dissatisfaction with our care, without being subject to discrimination or reprisal. ■ Request further information concerning anything you do not understand. ■ Participate in the planning and revising of your home health program and updating it as your condition changes. ■ Provide a safe home environment in which your care can be provided appropriately and adequately. ■ Cooperate with your doctor, agency staff, and other care givers. ■ Notify the agency when unable to keep appointments. ■ Treat agency personnel with respect and consideration. ■ Sign the required consents and releases for insurance billing.

To report abuse, neglect, or exploitation call the Hotline's **Toll-Free** number below:  
Sunday through Saturday 24 hrs/day  
**1 (800) 962-2873**

---

### GRIEVANCES

The agency encourages all patients to offer complaints and to make recommendations for changes in policies and services. Patients and their caregivers are encouraged to do without fear or reprisal by the Agency.

The best way to handle a complaint is to contact the Agency's Administration. You may also discuss your complaint/concerns with the Agency's Director of Nursing Services. You can contact the Agency by calling our office.

Any complaints/concerns brought to our attention will be thoroughly investigated. You will be given a response to your complaint/concern which will include a corrective action plan to be undertaken by the Agency as appropriate. You may also contact the State Home Health Hotline number found on this page, and in this Home Health Agency handbook, if your complaint was not satisfactory resolved.

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

### Como cliente Ud. tiene derecho a:

■ Escoger su proveedor de cuidados de salud. ■ Estar completamente informado de sus derechos y recibir este aviso antes de iniciar los servicios de salud en su hogar. ■ Ser tratado con dignidad, consideración y respeto por el personal profesional. ■ Ejercer sus derechos. (Si el cliente ha sido declarado incompetente, su familia, tutor, o guardián puede ejercer sus derechos por el o ella). ■ Que su propiedad y persona sean tratados con respeto y privacidad. ■ Presentar quejas con respecto a la atención recibida o a falta de respeto a su propiedad sin estar sujeto a discriminación ni represalias. Puede contactar al supervisor llamando a nuestras oficinas (vea la portada). ■ Ser informado, verbalmente y por escrito, antes de iniciar los servicios, de la cantidad que se espera que Medicare/Seguro cubra y de la cantidad que se requiere que usted pague. ■ Ser informado cuanto antes, verbalmente y por escrito de cualquier cambio en los servicios por el cual se espera que usted pague, en no menos de treinta (30) días desde la fecha en que la agencia reciba la notificación. ■ Participar en la preparación de un plan de cuidados de acuerdo a sus necesidades, o de actualizarlo según cambie su condición. ■ A que la agencia le avise por adelantado sobre quien es la persona que le va proporcionar los cuidados y la frecuencia de visitas que se han propuesto, y/o cualquier cambio en su programa de cuidados, debido a cambios en su salud y/o a recursos disponibles. ■ Esperar que se mantenga confidencialmente toda información relacionada con el cuidado provisto, según las regulaciones. ■ Negarse a recibir todo o parte de los servicios o tratamientos; y ser informado de las posibles consecuencias de sus acciones. ■ Que se le informe con una anticipación razonable cuando se le va a terminar el servicio o va a ser transferido a otro proveedor de cuidados de salud. ■ A que su dolor sea evaluado, y controlado. ■ Formular una Directiva por Adelantado. (La provisión de cuidados no será afectada si usted no tiene una Directiva por Adelantado). ■ Hablar con un supervisor de la agencia. ■ Derecho de solicitar restricciones sobre su información de salud. ■ El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales sobre su información de salud. ■ El derecho de solicitar el acceso a su información de la salud. ■ El derecho de solicitar una enmienda de la información sobre su salud. ■ El derecho de solicitar un recuento de la información sobre su salud. ■ El derecho de obtener una copia del aviso sobre prácticas de privacidad. ■ El derecho de comenzar el proceso de quejas.

Para registrar quejas sobre agencias de salud en el hogar, llame gratis a la Agencia de Administración de Cuidados de Salud:

Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

1 (888) 419-3456

### Como cliente Ud. tiene la responsabilidad de:

■ Proporcionarle a la agencia una historia médica precisa y completa. ■ Permanecer bajo el cuidado de un médico mientras reciba servicios de la agencia. ■ Firmar los consentimientos requeridos y permisos para hacer la facturación al seguro. ■ Proporcionarle a la agencia toda la información requerida sobre su seguro y fianza, incluyendo cambios en su cobertura. ■ Informarle a la agencia con respecto a sus Directivas por Adelantado, y de cualquier cambio hecho a este documento. ■ Aceptar las consecuencias de haberse negado a recibir tratamiento alguno o de su decisión de no obedecer el plan de tratamiento. ■ Avisarle a la agencia sobre cualquier problema o falta de satisfacción que Ud. tenga con respecto al cuidado recibido, sin estar sujeto a discriminación o represalias. ■ Cooperar con su médico, con el personal de la agencia y con otros proveedores de servicios. ■ Proporcionar un ambiente seguro en su casa, libre de riesgos y peligros para brindar los cuidados. ■ Tratar al personal de la agencia con respeto, cortesía, y consideración. ■ Hacerle saber a la agencia cuán satisfecho Ud. con el servicio. ■ Avisarle a la agencia por adelantado cuando Ud. no vaya a poder cumplir con la cita. ■ Participar en el planeamiento y la revisión de su programa de cuidados en la casa. ■ Solicitar más información con respecto a cualquier cosa que Ud. no comprenda.

Para reportar abuso, negligencia o explotación, llame gratis al siguiente número:

Domingo a Sábado, 7 días/semana, 24 hrs/día

1 (800) 962-2873

---

### QUEJAS

Nuestra agencia alienta a todos los pacientes a ofrecer quejas y hacer recomendaciones para cambios en nuestras pólizas y servicios. Nuestros pacientes y encargados son alentados a hacerlo, sin esperar ninguna represalia por nuestra parte.

La mejor manera de resolver una queja es llamando a nuestra Administración. Usted puede discutir su queja o duda con nuestro Director de Servicios de Enfermería. Usted puede contactar la Agencia llamando a nuestras oficinas.

Cualquier queja o duda que llegue a nuestra atención, será profundamente investigada. Uste recibirá una respuesta, la cual incluirá un plan de corrección del problema, y como la Agencia lo hará. Usted también puede contactar la Línea de quejas del Estado de la Florida, que aparece en esta página, y en este Manual del Cliente, si su queja no es resultado de manera satisfactoria.

# PATIENT/CLIENT RIGHTS

(Spanish Translation in the back)

Patient Name: \_\_\_\_\_

MR #: \_\_\_\_\_

As a patient, you and/or your representative have a right to exercise your rights as listed:

1. To have your property treated with respect.
2. To receive appropriate service/care without discrimination in accordance with physician orders
3. To voice grievances regarding treatment or care that is (or fails to be) furnished, or regarding the lack of respect for property by anyone who is furnishing services on behalf of *the Agency* and must not be subjected to discrimination or reprisal for doing so.
4. To be informed, in advance, about the care to be furnished and any changes in the care to be furnished.
5. To be advised in advance of the disciplines that will furnish care and the frequency.
6. To participate in the planning of the care. To be advised in advance of the right to participate in planning the care or treatment and in planning changes in the care or treatment of visits proposed to be furnished and to have a copy of the plan, if requested.
7. To be advised in advance of any change in the plan of care before the change is made.
8. To be informed and receive written information in advance concerning *the Agency*, policies on advance directives, including a description of state law.
9. To confidentiality of your clinical records maintained by *the Agency*
10. To be advised of *the Agency*'s policies and procedures regarding disclosure of clinical records.
11. The right to be advised, before care is initiated, of the extent to which payment for services may be expected from Medicare or other sources, and the extent to which payment may be required from the patient.
12. To be advised, orally and in writing, of any changes to which payment for services may be expected from Medicare or other services. The extent to which payment may be required from the patient, as soon as possible, but no later than 30 calendar days from the date that *the Agency* becomes aware of a change.
13. The right to choose a healthcare provider.
14. Be fully informed of any financial benefits when referred to an organization and of provider service/care limitations.
15. The right to confidentiality and privacy of all information contained in the client/patient record and of Protected Health Information and be advised on agency's policies and procedures regarding the disclosure of clinical records.
16. To be advised of the availability of the toll-free AHCA Consumer Hotline number for complaints and/or information, 1-888-419-3456. The number is available Monday - Friday 8 am to 6 pm excluding state observed holidays. You may also call the agency's accrediting organization which is the Accreditation Commission for Health Care, Inc. for complaints and/or information, 1-919-785-1214.
17. You have a right to report abusive, neglectful, or exploitative practices. To report abuse, neglect or exploitation, please call toll-free 1-800-962-2873. The number is available 7 days a week. 24 hours a day.

\_\_\_\_\_  
Patient Signature / Firma

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha

## LOS DERECHOS DEL PACIENTE/CLIENTE

Como paciente recibiendo servicios de *la Agencia* usted tiene el derecho de:

1. Que su propiedad sea tratada con respeto.
2. Recibir servicio/cuidado apropiado sin discriminación de acuerdo a las ordenes del doctor.
3. De quejarse si el tratamiento que esta recibiendo no es el adecuado o si no lo esta recibiendo cuando se supone. De que si la persona suministrando el servicio en representacion de *la Agencia* comete faltas de respetos hacia su propiedad, y no tener miedo de ser sujeto a discriminacion o represalia.
4. Ser informado por adelantado acerca del cuidado que se le va a proveer o de cualquier cambio que haya en el cuidado de su servicio.
5. De ser avisado por anticipacion de las disciplinas que proporcionaran su servicio y tambien con la frecuencia que usted sera visitado.
6. De participar en el planeamiento de su cuidado. De ser avisado con anticipacion del derecho que tiene de participar en el planeamiento o tratamiento de su cuidado o de algun cambio que surga. De tener una copia de este plan.
7. De ser informado por adelantado de cualquier tipo de cambio del Plan del Cuidado antes de que estos sean efectuados.
8. De ser informado y recibir por adelantado la informacion sobre las polizas de *la Agencia* por escrito, con respecto a las Directivas Anticipadas y las leyes del estado concerniente a las mismas.
9. A la confidencialidad de sus datos medicos que estan bajo el control de *la Agencia*
10. El derecho de ser informado de las leyes y procedimientos de *la Agencia* con respecto a la revelacion de los archivos medicos.
11. El derecho de ser informado antes de que el cuidado sea iniciado, decuales pagos seran hechos por Medicare u otros recursos, y de cuales pagos sera responsable el paciente.
12. De ser avisado oralmente y por escrito de cualquier cambio en los pagos de los servicios provenientes de Medicare u otros recursos y desde que momento el pago es requerido por el paciente, lo mas pronto posible, no mas tardar de 30 dias a partir del momento en que *la Agencia* se ponga al tanto de los cambios.
13. El derecho a escoger el proveedor del cuidado de su salud
14. Ser informado de cualquier beneficio financier cuando es referido a una organizaci3n y/o proveedor de servicio/cuidados.
15. El derecho a la confidencialidad de toda la informaci3n contenida en su record medico y la Informaci3n Protegida de la Salud, y se advertido de las p3lizas y procedimientos para la discusion de los records cl3nicos.
16. De ser informado de la linea gratis que hay para llamar a AHCA (linea caliente para el consumidor) El numero de telefono es el: 1-888-419-3456. Esta linea esta disponible para cualquier queja o informaci3n. Los operadores estan disponibles de Lunes a Viernes de 8 am-6 pm excluyendo los dias festivos observados por el estado.
17. Usted tiene el derecho de reportar practica de abuso, negligencia o explotacion. Para reportar abuso, negligencia o explotacion, por favor llamar al numero gratis 1-800-962-2873. Este numero esta disponible 7 dias/24 horas al dia.



## PATIENT BILL OF RIGHTS

AS OUR CLIENT YOU HAVE THE RIGHT TO EXERCISE YOUR RIGHTS, AND/OR TO DESIGNATE A REPRESENTATIVE TO EXERCISE THEM FOR YOU: \* Choose a health care provider. \* Be informed of any financial benefits when referred to an organization. \* Be informed of provider service/care limitations. \* Be informed of anticipated outcomes of service/care and of any barriers in outcome achievement. \* Considerate and respectful care. \* To expect reasonable continuity of care. \* To request from your Physician complete current information concerning your diagnosis, prognosis, and treatment in terms you can reasonably understand. \* To expect that all communication and records pertaining to your care be treated as confidential. \* To every consideration of your privacy concerning your own medical program, case discussions, consultations and treatments are confidential and should be conducted discretely. Those not directly involved in your care must have your permission to be present. \* To know the name of the responsible person coordinating and supervising your Home Health Care and the manner in which that person may be contacted during regular working hours. \* To know the name and professional relationship of those individuals involved in your care. \* To refuse any segment of treatment to the extent permitted by the law without relinquishing other segments of the treatment plan. You have the right to be informed of the medical consequences of your action. \* To the extent that is reasonably possible to be involved in the planning and implementation of the Home Health Plan of Care and its expected outcome. \* To be informed of the policy and procedure for registering formal complaint about the services being provided. You have the right to be informed that the Home Health Services will not be disrupted as a result of filing a complaint. \* To expect that within its capacity the agency must make a reasonable response to your request for services. \* To receive and examine an explanation of your bill regardless of source of payment. \* To know what agency rules and expectations apply to your conduct as a client. \* To be informed of the Plan of Care \* To have a copy of the Plan of Care if requested. \* Be informed of the right to formulate an Advance Directive and/or Do Not Resuscitate (DNR) order. \* To be informed, both orally and in writing, in advance of services/care being provided, of the charges, including payment for service/care expected from third parties and any charges for which you will be responsible. \* To have the pain evaluated and its intensity controlled. \* Be free of physical and mental abuse/neglect and/or exploitation. Be informed of the availability of the AHCA Home Health Hotline to make a complaint regarding any Home Health Agency or in the Implementation of the Advanced Directives at 1-888-419-3456 from 8:00 am to 6:00 pm, and to report Abuse, Neglect or exploitation: 1-800-962-2873, 24 hours a day, 7 days a week. \* To have your property treated with respect. \* To voice grievance regarding treatment or care that is (or fails to be) furnished, or regarding lack of respect for property by anyone who is furnishing services on behalf of the Agency, and must not be subjected to discrimination or reprisal for doing so.

**Your Rights As A Patient to Privacy Of Your Health Information** \* Right to Request Restrictions You have the right to request restrictions on our uses and disclosures of your health information, however we may refuse to accept the restriction. \* Right to Request Confidential Communications You have the right to request that we communicate with you confidentially, for example to speak with you only in private; to send mail to an address you designate; or to telephone you at a number you designate. We will make every attempt to honor your request. \* Right to Request Access to Your Health Information You have the right to request access to your health information in order to inspect or copy it. Your request must be in writing. We may deny your request and, if so, you may request a review of the denial. However, we will make every attempt to honor your request. \* Right to Request an Amendment of Your Health Information You have the right to request an amendment to your health information. Your request must be in writing and must provide a reason for the amendment. We may deny your request and, if so, you may submit a statement of disagreement. However, we will make every attempt to honor your request. \* Right to Request an Accounting of Disclosures of Your Health Information You have the right to request an accounting of our disclosures of your health information for purposes other than treatment, payment, and health care operations. We will make every attempt to honor your request. We are not required to provide an accounting for disclosures for more than 6 years prior to the date of your request. \* Right to Obtain a Paper Copy of the Privacy Notice If you received the Privacy Notice electronically, you have the right receive a paper copy. To exercise any of these rights please write or telephone to our Agency.

## LOS DERECHOS DEL PACIENTE

**COMO CLIENTE NUESTRO USTED TIENE EL DERECHO DE EJECUTAR SUS DERECHOS, Y/O DESIGNAR UN REPRESENTANTE QUE LOS EJECUTE POR USTED:** \* Escoger su proveedor de servicios. \* Ser informado de sus beneficios financieros cuando lo refieran a una organización. \* Ser informado de sus limitaciones de servicios/cuidados. \* Ser informado de resultados anticipados de servicios cuidado y de barreras en el resultado de su cuidado. \* Ser cuidado y considerado. \* Esperar un cuidado razonable continuo. \* A la completa información de su médico en cuanto a diagnóstico pronóstico, tratamiento en términos que usted razonablemente entienda. \* De esperar que toda comunicación y papeles pertinentes a su cuidado y tratamiento sean confidenciales. \* A toda consideración de su privacidad concerniente a su propio programa médico y discusión de su caso. Consultas y tratamientos que sean confidenciales y deban ser conducidos discretamente. Aquellos que no estén envueltos en su cuidado deben de tener su permiso directamente para estar presente. \* De saber el nombre de la persona responsable que coordina y supervisa los cuidados prestados en su casa y la manera en que esta persona pueda ser contactada en las horas de trabajo. \* De saber el nombre y la relación profesional de las personas envueltas en su caso. \* A rehusar cualquier segmento de tratamiento a la extensión permitida por la ley sin renunciar a otros segmentos del plan de tratamiento, ud. tiene el derecho de estar informado de las consecuencias médicas de su acción. \* Mientras sea posible de estar involucrado en la planificación e implementación de un tratamiento indicado por el Plan de Cuidado en la Casa y estar informado de cual sera el resultado esperado de dicho plan \* De estar informado sobre la póliza y proceso para registrar una reclamación sobre los servicios recibidos. Ud. tiene el derecho de estar informado que los servicios de Home Health no serán descontinuados como resultado de efectuar usted una demanda. \* De suponer que dentro de su capacidad la agencia deberá responder razonablemente a su solicitud \* A recibir y examinar una aclaración de su cuenta. \* A saber cuales reglamentos y requisitos se aplican a Ud. como cliente. \* A ser informado acerca de su plan de cuidado. \* El derecho a obtener una copia de su plan de cuidado, si lo solicita. \* De ser informado de que puede formular una orden sobre Directivas Avanzadas y/o Orden de No Resucitar. \* A estar informado de sus, tanto verbalmente o por escrito, de los servicios que serán proveídos por la agencia, de los cargos, incluyendo pagos por servicios recibidos de otros proveedores involucrados, y cargos de los que usted puede ser responsable. \* A que su dolor sea asesorado, evaluado y que su intensidad sea controlada. \* Estar informado de la disponibilidad de una línea de queja estatal de cualquier Agencia o de la implementación de las Directivas Anticipadas al 1-888-419-3456, de 8:00 am a 6:00 pm, y para reportar ABUSOS, Negligencia o Explotación, al 1-800-962-2873, 24 horas al día, 7 días a la semana. \* Tratar su propiedad con respeto. \* Presentar una queja sobre su tratamiento o cuidado, o falta de respeto a su propiedad, y que no será sujeto a discriminación o represalias por esto.

**Sus Derechos de Privacidad de Información de su Salud** \* Derecho a solicitar Restricciones Usted tiene el derecho de solicitar restricciones a usos y discusiones de la información de su salud, pero podemos rechazar a aceptar la restricción. \* Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted confidencialmente, por ejemplo para hablarle en privado; para mandar correo a una dirección que designe; o para llamarlo a un teléfono que designe. Nosotros vamos a hacer un máximo esfuerzo por complacerlo. \* Derecho a Solicitar Acceso a su Información de salud Usted tiene el derecho de solicitar acceso a la información de su salud para inspeccionarla o copiarla. Su solicitud tiene que ser por escrito. Podemos negar su solicitud, si lo hacemos, usted puede solicitar revisar la negación. Pero, nosotros vamos a hacer el esfuerzo de complacerlo. \* Derecho a Solicitar un Cambio a la Información de su Salud Usted tiene el derecho de solicitar cambios en la información de su salud. Su solicitud tiene que ser por escrito y tener razones para el cambio. Podemos negar su solicitud y si lo hacemos, usted puede enviarnos una queja o reclamo. Pero, nosotros vamos a hacer el esfuerzo de complacerlo. \* Derecho a Solicitar una Cuenta de las Discusiones de la Información de su Salud Usted tiene el derecho de solicitar una lista de nuestras discusiones de la información de su salud por causas que no sean tratamientos, pagos, u operaciones de cuidado de su salud. Vamos a hacer el esfuerzo de complacerlo, no estamos obligados a proveerle una cuenta de discusiones por mas de 6 años antes a la fecha de su solicitud. \* Derecho a Obtener Una Copia de la Noticia sobre Privacidad Si usted recibió ese documento electronicamente, tiene el derecho de hacer una copia. Para repasar cualquiera de estos derechos por favor escriba o llame a nuestras oficinas.

PATIENT'S SIGNATURE/FIRMA DEL PACIENTE

DATE/FECHA

MR.

## PATIENT BILL OF RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

Federal law requires that all individuals receiving home care services be informed of their rights and responsibilities as a patient. Home care patients and their caregivers have a right to not be discriminated against based on age, sex, sexual orientation, race, creed, nationality, diagnosis/infectious diseases, disability, ability to pay, or DNR status.

### PATIENT RIGHTS

**As a Patient receiving Home Health Services from our Agency you have the right to:**

- Be fully informed of your rights and responsibilities by the home care agency before receiving care/treatment and/or services, and before any changes to the plan of care occur.
- Choose care providers, and receive appropriate and professional care in accordance with physician orders.
- Receive a timely response from the agency to your request for service.
- Be advised in advance of the disciplines that will provide care, along with the proposed frequency of visits.
- Be able to identify visiting staff members through proper identification.
- To be informed of the extent to which payment may be expected from Medicare, Medicaid, or any other payer known to the home care provider; to be informed of the charges that will not be covered, to be informed of the charges for which the patient may be liable; to receive this information, orally and in writing, before the care is initiated and within 30 calendar days of the date the home care provider becomes aware of any changes; and to have access, upon request, to all bills for service the patient has received regardless of whether the bills are paid out-of-pocket or by another party.
- Be admitted for service only if the agency has the ability to provide safe, professional care at the level of intensity needed, and to receive reasonable continuity of care.
- Have your property and person treated with dignity, consideration, and respect, and your individuality recognized by all the Agency staff.
- Participate in the development of the Plan of Care and periodic revision of the Plan of Care, and be informed that upon request you can receive a copy of your established Plan of Care.
- Receive information necessary to give informed consent prior to the start of any treatment or procedure.
- Be advised of any change in the plan of care, before the change is made.
- Refuse care/service and/or treatment within the confines of the law after being fully informed of the consequences of your action based on the current body of knowledge.
- Be informed of your rights under state law to formulate advanced directives.
- Have health care providers comply with advance directives in accordance with state law requirements.
- Be informed of your rights regarding the collection and reporting of OASIS information.
- Be informed within reasonable time of anticipated termination of service or plans for transfer to another agency.
- Be fully informed of agency service/care limitations, policies and charges for services, including eligibility for third-party reimbursements.
- Be fully informed of any financial benefits when referred to an organization.
- Voice grievances and suggest changes in policy, and care/service or staff without fear of restraint or discrimination. Supervisor can be contacted by calling the Agency Phone Number: (305) 858-5222.
- A fair hearing for any individual to whom any service has been denied, reduced, or terminated, or who is otherwise aggrieved by agency action. The fair hearing procedure shall be set forth by the agency as appropriate to the unique patient situation (i.e., funding source, level of care, diagnosis).
- Expect confidentiality of all records, communications, and personal information related to your care, in accordance with HIPPA regulations, Federal and State Laws or third payment contractors, and to obtain a paper copy of the Agency's "Notice of Privacy Practice".
- Be advised of the Agency's policy and procedure regarding disclosure of your clinical records.
- To request access to your PHI (Protected Health Information), as well as to request confidential communications, an accounting of disclosures, or any other action related to your PHI.
- Be informed of what to do in the event of an emergency.

**PATIENT RIGHTS (Cont.)**

- Be advised to call the State's Home Health Hot Line at **1(888)962-2873** and/or the AHCA Consumer Hotline at **1(888)419-3456** which receives questions and complaints about Medicare-certified and state-licensed home care agencies Monday through Friday 8:00 am to 6:00 pm.
- Be informed of anticipated outcomes of services/treatment/care and of any barriers in outcome achievement based on the current body of knowledge.

**PATIENT RESPONSIBILITIES**

**As a Patient receiving Home Health Services from our Agency you have the responsibility to:**

- Remain under a physician's care while receiving skilled services.
- Cooperate with your physician and the agency in your treatment program.
- Provide the Agency with all requested insurance and financial information.
- Notify the agency of changes in your address, health status, medications, physician, treatment regimen or admission to a health care facility.
- Inform the agency of your inability to keep a scheduled appointment.
- Notify the agency when you feel your rights are not being respected.
- Sign or have your legal representative sign the required consents and releases.
- Sign a release when refusing medications, treatments, the recommended plan of care, or when refusing home health services.
- Notify the agency if you are no longer homebound.
- Notify the agency if you join or are enrolled in an HMO.
- Provide a safe home environment in which your care can be given.
- Be available at reasonable times for Agency staff visits, and to inform the Agency if you are not going to be available for a visit.
- Provide the agency with a current copy of your Advance Directives, if applicable.
- Express any concerns regarding the course of treatment or your ability to understand or comply with instructions.
- Treat Agency staff with dignity and respect without discrimination as to race, color, religion, sex, age, gender, handicap or national origin.

**Our Agency, with approval of the patient's physician, may refer the patient to another source of care if the patient's refusal to comply with the plan of care threatens to compromise our Agency's commitment to safety and quality care.**

**I have received, have read or have had read to me, and understand, the Patient Bill of Rights and Responsibilities.**

\_\_\_\_\_  
**Patient/Patient Representative Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Signature/Title of Agency Representative**

\_\_\_\_\_  
**Date**

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE

Las leyes federales requieren que todos los individuos recibiendo servicios en la casa, sean informados de sus derechos y responsabilidades. Los pacientes que reciben servicios en su casa, al igual que sus familiares tienen el derecho a no ser discriminados en base a edad, sexo, orientación sexual, raza, credo, nacionalidad, diagnósticos, enfermedades infecciosas, incapacidad, habilidad para pagar, o estatus de No Resucitación.

### DERECHOS DE LOS PACIENTES

- Ser informado de sus derechos y responsabilidades por la agencia, antes de recibir los servicios y siempre que haya algún cambio en su plan de cuidado.
- Elegir sus proveedores de salud, y recibir un cuidado profesional y adecuado siempre bajo las ordenes de su médico.
- Recibir una respuesta adecuada siempre que contacte la agencia por cualquier motivo.
- Ser informado con anticipación de las disciplinas envueltas en su plan de cuidado, así como la frecuencia de las visitas que recibirá.
- Poder identificar los empleados de nuestra agencia siempre por el uso de su identificación.
- Ser informado con claridad de los pagos que serán recibidos por la Agencia provenientes de Medicare, Medicaid, u otro seguro privado. Ser informado/a de los cargos que no van ser cubiertos por su compañía de seguros, y de aquellos cargos por lo cual pudiera usted ser responsable. Usted debe recibir esta información verbalmente y por escrito cuando comienza a recibir servicios de nuestra Agencia, y en los 30 días siguientes de cualquier cambio recibido. Usted tiene derecho a acceder, siempre que lo solicite a todos las cuentas relacionadas con su cuidado.
- Ser admitido por nuestra Agencia solo si tenemos la habilidad de proveerle un cuidado profesional, seguro, al nivel de intensidad que usted necesita.
- Recibir un trato digno, considerado y de respeto, tanto para usted como para su propiedad por todos los empleados de nuestra Agencia.
- Participar en la confección de su Plan de Cuidado, y si lo solicita recibir una copia del mismo.
- Ser avisado con anterioridad si algún cambio va a realizarse en su Plan de Cuidado.
- Recibir información necesaria para poder dar consentimiento antes de recibir cualquier tratamiento o procedimiento.
- Rechazar cualquier servicio o tratamiento, dentro de los parámetros de la ley, después que fue debidamente informado de las consecuencias que podrían derivarse de su acción.
- Ser informado de sus derechos según el estado de la Florida sobre las decisiones anticipadas que usted puede hacer relacionadas con sus decisiones de salud, y que estas decisiones sean cumplidas por todos los proveedores de salud.
- Ser informado de sus derechos relacionados con la colección y reporte de la información del OASIS.
- Ser informado con un tiempo razonable si los servicios que reciben van a ser discontinuados o van a ser transferidos a otra agencia.
- Poder expresar sus quejas y sugerencias relacionadas con el servicio que recibe, sobre cualquier empleado, sin temer ninguna restricción o discriminación. Un supervisor puede ser contactado llamando al: **(305) 858-5222**.
- Esperar que toda su información sea tratada con confidencialidad en acuerdo con las regulaciones Federales y Estatales de HIPPA, siempre recibir copia de la "Noticia sobre Prácticas Privadas".
- Recibir información sobre las pólizas y procedimientos relacionadas con la divulgación de su record médico.
- Pedir acceso a su Información Médica Protegida, así como pedir acceso a toda la información relacionada con la misma.
- Ser informado sobre las acciones necesarias en caso de Emergencia.
- Ser informado sobre la línea estatal Caliente **1(888)962-2873** y el número del consumidor de AHCA **1(888)419-3456** que recibe todas las preguntas y quejas relacionadas con el servicio que proveen las agencias certificadas y licenciadas. Estas agencias pueden ser contactadas de Lunes a Viernes de 8:00 am to 6:00 pm.

## **RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

- Continuar bajo el cuidado de su medico mientras esta recibiendo servicios calificados.
- Cooperar con su medico y la agencia en su tratamiento.
- Proveer a nuestra agencia con su informacion relacionada con seguros medicos o habilidad financiera.
- Notificar a la agencia de cualquier cambio incluyendo: direccion, estado de salud, medicamentos, medico, o admisiones a una institucion medica.
- Notificar a la Agencia si no puede mantener una cita previamente coordinada.
- Notificar a la Agencia si piensa que sus derechos no han sido respetados.
- Firmar usted o su representante todos los consentimientos necesarios.
- Firmar un consentimiento en caso de que usted rechaze cualquier medicamentos, tratamiento, plan de cuidado, o cuando rechaze los servicios en su casa.
- Notificar a la Agencia cuando usted no este mas confinado en su casa.
- Notificar si se enrolla en un HMO.
- Proveer un ambiente seguro, en el cual su cuidado sera dado.
- Estar disponible en el momento en que nuestros empleados van a su casa para darle los servicios, y en el caso en que no pueda estar informar a la Agencia con anterioridad.
- Proveer a la Agencia con copia de sus Decisiones Avanzadas, si las tiene.
- Expresar cualquier duda relacionada con el curso de su tratamiento, o si le es imposible entender o cumplir con las instructions recibidas.
- Tratar a todos los empleados de nuestra Agencia con respecto, sin discriminacion en base a edad, sexo, orientacion sexual, raza, credo, o nacionalidad

**Nuestra Agencia, con la aprobacion del medico del paciente, puede referir al paciente a otra entidad si el rechazo o incumplimiento del paciente con su plan de cuidado pone en peligro o riesgo el compromiso de proveer un cuidado seguro y de calidad de nuestra Agencia.**

**Yo he recibido, leído, o me ha sido leído, y entiendo mis Derechos y Responsabilidades como paciente de la Agencia de Servicios en la casa.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente/ Firma del Representante**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Signature/Title of Agency Representative**

\_\_\_\_\_  
**Date**