

## Condiciones de la atención médica

H. Lee Moffitt Cancer Center Hospital, Inc. («Hospital»)  
H. Lee Moffitt Cancer Center & Research Institute, Inc. («Instituto»)  
H. Lee Moffitt Cancer Center & Research Institute Lifetime Cancer Screening Center, Inc.  
(«Moffitt Medical Group») («Moffitt» colectiva e individualmente)

### Autorización de ingreso, atención médica y tratamiento en Moffitt

**Declaro que entiendo y autorizo a que se me ingrese y a que se me brinde atención médica en Moffitt, a que mis médicos efectúen pruebas diagnósticas y me ofrezcan los tratamientos que consideren apropiados para mi atención y cuidado.**

Consiento en que se me ingrese, en recibir dichas pruebas de diagnóstico, atención médica, tratamiento médico y demás medidas relacionadas con mi cuidado, que a juicio de mis médicos u otros profesionales médicos de Moffitt, sean necesarios durante el tiempo en el que yo sea paciente de Moffitt. Declaro estar de acuerdo con que estas condiciones de atención médica afectarán tanto a mi ingreso y atención iniciales como a los ingresos y atención posteriores. Sé que es responsabilidad de los médicos a mi cargo el obtener mi autorización con conocimiento de causa cuando se necesite con fines de ofrecerme tratamiento médico o quirúrgico, pruebas de diagnóstico, tratamientos especiales o demás servicios que se me proporcionen según las instrucciones generales o especiales de los médicos a cargo de mi tratamiento. Tengo derecho a dar mi consentimiento o a negarme a recibir cualquier tratamiento o intervención propuestos, salvo por lo que de otra manera estipule la ley. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y el tratamiento conllevan el riesgo de lesiones e incluso la muerte. Declaro que no se me han garantizado resultados de ningún examen ni tratamiento. Cuando los médicos a cargo de mi tratamiento determinen que ya no necesito atención médica en régimen hospitalario, declaro estar de acuerdo con hacer los preparativos necesarios para recibir atención poshospitalaria y con que se me dé el alta. Además, accedo a que después de un ingreso, no me marcharé del campus de Moffitt sin haber avisado primero a los profesionales médicos a mi cargo. Asimismo, entiendo que el incumplimiento de las normas de Moffitt, de mi plan de tratamiento o de las instrucciones del personal de Moffitt podría traducirse en el alta médica inmediata de Moffitt.

### Aviso de las limitaciones de responsabilidad civil

Entiendo que el Hospital es un hospital universitario y que los médicos empleados por el *Moffitt Medical Group* (Grupo Médico de Moffitt), por la University of South Florida y por otras terceras partes pueden dirigir la atención médica que reciba. La responsabilidad médica está limitada por ley estatal.

Entiendo que el Hospital y el «*Moffitt Medical Group*» son filiales del Instituto. El Instituto, el «*Moffitt Medical Group*», el Hospital y H. Lee Moffitt Cancer Center & Research Institute Foundation, Inc. («Fundación») son corporaciones sin fines de lucro constituidas de conformidad con la sección 1004.43 de los Estatutos de Florida (*Florida Statutes*) que actúan principalmente como organismo del Estado de Florida, y cualquier responsabilidad que pudiera surgir a partir de mi atención médica está limitada por ley.

Entiendo que algunos de los médicos que forman parte del personal clínico del Hospital gozan del privilegio de utilizar las instalaciones del Hospital, pero ejercen su propio criterio y no son empleados ni representantes de Moffitt ni del «*Moffitt Medical Group*» ni del Hospital, sino más bien contratistas independientes o empleados de la Facultad de Medicina de la University of South Florida o de la Junta de Fideicomisarios (llamados colectivamente «USF») u un tercer grupo médico o entidad médica.

Entiendo y declaro estar de acuerdo en que ni el Instituto, ni el «*Moffitt Medical Group*», ni el Hospital son responsables de que yo siga o deje de cumplir las instrucciones de los contratistas independientes o empleados de USF o de otras terceras partes. Además, entiendo que ni el Instituto, ni el «*Moffitt Medical Group*» ni el Hospital son responsables de la atención y tratamiento médicos que me puedan proporcionar los empleados, funcionarios o representantes de USF o de otras terceras partes. En la medida en que los empleados, funcionarios o representantes de USF u otras terceras partes



proporcionen atención en el Hospital o en instalaciones de Moffitt, no se considerará que tal personal sea representante de ninguna otra persona sino de USF o de otras terceras partes respectivamente. Cualquier responsabilidad que pudiera surgir debido a dicha atención y cuidado posiblemente también esté limitada por ley.

## Objetos de valor

**Ni el Instituto, ni el «Moffitt Medical Group», ni el Hospital tendrán responsabilidad alguna sobre mis objetos de valor.**

Declaro que Moffitt no es responsable de la pérdida ni de los daños que se produzcan al dinero o a los objetos personales que mi representante o yo hayamos traído, o que creamos haber traído al Hospital o a cualquier otro centro de Moffitt y que se hayan depositado o no en la caja fuerte del centro. Se incluyen, entre otros, dinero, joyas, anteojos, dentaduras postizas, audífonos, computadoras portátiles, otros aparatos electrónicos o documentos. Entiendo que si opto por traer tales objetos de valor a Moffitt, lo hago por mi cuenta y riesgo.

## Obligaciones financieras

**Estoy de acuerdo con pagar mis cuentas y también con que todos los planes de seguros, planes de beneficios y planes de servicios médicos paguen directamente a Moffitt y a los médicos.**

A título de contraprestación de todos los servicios de Moffitt o de los servicios que me proporcione Moffitt en el futuro, yo, de forma incondicional e irrevocable, cedo al Hospital, al «Moffitt Medical Group», a USF y a todos los médicos participantes en mi tratamiento y cuidados, todos mi derecho e interés en las ganancias de las compañías de seguros, beneficios (entre ellos, Medicare, TRICARE/CHAMPUS y beneficios de Medicaid), disposiciones de pólizas o juicios decretados a mi favor o en mi nombre. Doy instrucciones a todos y cada uno de los pagadores (se incluyen, entre otros, todas las compañías de seguros, los planes de seguro propio, sean o no administrados por ERISA, los beneficios de protección contra lesiones personales, los beneficios de personas no aseguradas o con seguro insuficiente y los planes de servicios de atención y cuidado de la salud), para que paguen en mi nombre directamente al Hospital, al «Moffitt Medical Group», a USF y a mis médicos según corresponda.

Soy responsable en primer término de todos los gastos relacionados aun cuando el Hospital o el «Moffitt Medical Group» estén de acuerdo en aceptar pagos directamente de otro pagador, salvo indicación contraria de conformidad con la ley vigente. Continuaré siendo responsable de todas las cantidades no pagadas y de todos los servicios que se me presten y que no estén cubiertos por el seguro.

Admito que Moffitt ha creado o adquirido determinadas instalaciones para prestar servicios médicos, bien en el campus del Hospital o fuera de él. Además, reconozco que algunas de las instalaciones de Moffitt tienen licencia por ser parte del Hospital y se consideran centros autorizados para brindar prestaciones médicas (*provider-based facility*), mientras que otras pueden no considerarse centros autorizados para brindar prestaciones médicas, pero pueden estar explotadas por el «Moffitt Medical Group». Si recibo servicios médicos en un centro autorizado del Hospital, entiendo y acepto que posiblemente sea responsable de los cargos separados en concepto de las instalaciones hospitalarias que no se cobrarían en un centro no autorizado para brindar prestaciones médicas. Estos cargos se suman al honorario por servicios profesionales de los médicos o de otros profesionales de la salud y podrían suponer gastos más elevados que pagar de mi bolsillo. Si tengo preguntas o necesito que se me aclare alguna duda sobre si una instalación es centro autorizado para brindar prestaciones médicas o sobre cómo esto afecta a la facturación de los servicios médicos prestados en un centro, entiendo que debo llamar al Departamento de Facturación al (813) 745-8422.

Declaro que estoy enterado de que la Ley sobre el Fraude de Florida (*Florida Fraud Statute*), artículo 817.234 de los Estatutos de Florida (*Florida Statutes*), estipula que cualquier persona que a sabiendas y con intenciones de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración o reclamación que contenga información incompleta, falsa o engañosa, es culpable de delito grave en tercer grado. Declaro que la información relativa al seguro que suministré para solicitar pago en virtud de tales programas es correcta.

Cualquier acción resultante en virtud del presente documento estará solamente bajo la jurisdicción de los tribunales del condado de Hillsborough en el Estado de Florida.

## Autorización para el uso o divulgación de mi información médica

Doy mi consentimiento al Centro de Cáncer (*Cancer Center*) para usar o divulgar mi información médica, conforme lo permita la ley federal y la ley de Florida, tal como se establece en el *Aviso de prácticas de privacidad* del Centro de Cáncer.

Entiendo que el término «Centro de Cáncer» mencionado en esta autorización para el uso o divulgación de mi información médica, quiere decir Hospital, Instituto, el «*Moffitt Medical Group*» y todos los demás participantes en el acuerdo organizado de atención médica e identificado en la *Notificación de las prácticas de privacidad* del Centro de Cáncer.

Entiendo que en estas *Condiciones de la atención médica*, el término «información médica» comprende la información que me identifica y la que no, tal como mi historia clínica, datos demográficos, de diagnóstico y tratamiento, información e historial de medicamentos de venta con receta, información sobre facturación y otros asuntos, información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, enfermedades contagiosas, VIH o sida, salud mental, abuso de sustancias e información genética.

De conformidad con la ley federal y la ley de Florida, consiento en que el Centro de Cáncer use o divulgue mi información médica:

- Con el propósito de brindarme tratamiento y cuidados, entre otros, compartir mi información médica con otro profesional para determinar mi diagnóstico o tratamiento, o para darle continuidad a la atención médica que reciba.
- Con el propósito de obtener el pago de los servicios de la atención médica recibida, entre otros, proporcionar información médica a todos los garantes para demostrar el tratamiento y la necesidad de prestar los servicios y la obtención de la autorización previa de la compañía de seguros para darme tratamiento y para determinar los beneficios a los que tengo derecho.
- Para las operaciones comerciales del Centro de Cáncer relacionadas con el cuidado de la salud.
- Con el propósito de observar, reparar y llamar productos a revisión, según se describe en la *Notificación de las Prácticas de Privacidad* del Centro de Cáncer.
- Con el propósito de ser incluido en el directorio de pacientes del Centro de Cáncer (puedo optar por que se me excluya durante el ingreso).
- Cuando el Centro de Cáncer elimine parte o toda la información que pueda identificarme.
- Para otros propósitos permitidos por ley federal o estatal, según se describe en la *Notificación de las prácticas de privacidad* del Centro de Cáncer.

Asimismo, consiento en que el Centro de Cáncer comparta mi información médica con las personas indicadas a continuación en referencia a todas las fechas en que se me dio tratamiento y atención médica, con el fin de que planifiquen tratamiento y diagnóstico sin tener que obtener otro consentimiento de mi parte. Esta autorización no vencerá automáticamente, y entiendo que puedo revocarla en cualquier momento notificando al departamento de Gestión de la Información Médica (*Health Information Management Department*) por escrito a la siguiente dirección: 12902 Magnolia Drive, ATTN: HIM Department, Tampa, Florida 33612, salvo en la medida en que el Centro de Cáncer ya haya tomado medidas dependientes de esta autorización. Entiendo que este consentimiento es optativo, y que no indicar a ninguna persona a continuación no influirá en mi capacidad de recibir tratamiento, de afrontar mis obligaciones financieras ni en la determinación de beneficios.

Nombre

Parentesco con el paciente

---

---

---

Declaro estar de acuerdo en que el Centro de Cáncer se comunique conmigo en referencia a envíos informativos por correo postal, encuestas, informes relacionados con el control de la calidad, auditorías, boletines, información para hacer donaciones a la Fundación de Moffitt, invitaciones para participar en investigaciones, estudios, grupos de discusión y demás información educativa o de apoyo. Doy permiso al Centro de Cáncer para revelar mi nombre y otros datos demográficos, incluidos los datos sobre mi edad y sexo, dónde vivo o trabajo y las fechas en las que recibí tratamiento, a su fundación benéfica afín con fines de comunicarse conmigo en relación con la recaudación de fondos o asistencia a eventos y para proporcionarme documentación informativa, o con otros fines relacionados con la misión del Centro de Cáncer y su fundación benéfica afín.

Reconozco que no tengo que participar en los eventos para los cuales se comunican conmigo y que puedo decidir excluirme voluntariamente de ciertas comunicaciones futuras, tal y como se explica en la *Notificación de las prácticas de privacidad* del Centro de Cáncer.

Entiendo que no me someteré a ninguna investigación, a menos que voluntariamente dé mi autorización con conocimiento de causa, o conforme lo permitan las leyes que gobiernan la investigación. Sin embargo, consiento en que la información médica se utilice de modo congruente con la ley en revisiones preparatorias a la investigación, en estudios de investigación en caso de que yo falleciera, o en investigaciones en que la junta de revisión institucional (*Institutional Review Board*) y la Junta de Privacidad (*Privacy Board*) hayan aprobado el uso de la información médica con fines de investigar, de acuerdo con la ley federal.

En caso de que la atención médica y el tratamiento que reciba supongan la extracción de sangre, plasma, tejidos, órganos o dispositivos que de otra manera se desecharan, estoy de acuerdo en donarlos al Hospital, al «*Moffitt Medical Group*» o al Instituto, y otorgo permiso al Hospital, al «*Moffitt Medical Group*» y al Instituto para retener, conservar, utilizar o desechar cualquiera de esos materiales con el fin de coordinar y continuar mi atención médica y tratamiento, de formar a médicos, personal de enfermería y demás integrantes del personal médico y de investigar conforme lo permita la ley.

Eximo al Centro de Cáncer de cualquier responsabilidad que pueda surgir debido al uso y divulgación de mi información médica para los propósitos autorizados por estas *Condiciones de atención médica* o por ley. Reconozco que las autorizaciones para el uso o divulgación de mi información médica, que se otorgan en esta sección, son componentes críticos para mis cuidados y tratamiento, y entiendo que no me es posible revocar este consentimiento.

### **Campus sin humo**

**Desde el 1 de abril de 2008, está prohibido fumar en el campus principal de Moffitt y en todas las zonas externas.**

Entiendo que no está permitido fumar ni consumir tabaco en ningún lugar de estas propiedades y que a toda persona a quien se encuentra consumiendo productos de tabaco se le pedirá que los apague de inmediato. Si desea más información sobre esta iniciativa de Moffitt sin humo, llame al 1-888-MOFFITT (1-888-663-3488).

# Condiciones de la atención médica

Declaro que he recibido una copia de estas *Condiciones de la atención médica*, y que las he leído y entendido. Declaro estar satisfecho de haber entendido su significado y acepto estas *Condiciones de la atención médica* en mi calidad de paciente o representante autorizado de éste.

El abajo firmante declara que ha leído y recibido explicación sobre la información anterior, que se le ha ofrecido una copia de este documento y que puede acceder al documento por Internet, que está satisfecho con que entiende totalmente el contenido y significado, y es el paciente o el representante debidamente autorizado por el paciente para firmar estas condiciones de la atención médica para el paciente y en su nombre, así como para aceptar sus términos para el paciente y en nombre del paciente quien será legalmente responsable de su cumplimiento.

Entiendo que este documento trata de los temas enumerados a continuación con palabras sencillas y legibles:

- Consentimiento para que se me ingrese en Moffitt y para recibir atención y tratamiento médico
- Aviso sobre la limitación de responsabilidad
- Objetos personales
- Obligaciones financieras
- Consentimiento para usar o divulgar mi información médica
- Campus sin humo

*\*\* Las Condiciones de atención médica» deben ir firmadas por el paciente, salvo que este no pueda debido a una incapacidad física o psíquica o si es menor de dieciocho (18) años \*\**

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_  
(Paciente o representante del paciente si este no puede firmar) (Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Parentesco del representante con el paciente) (Fecha)

## Garantía de pago

Por los servicios prestados o que se van a prestar al paciente, yo, el Garante, en forma incondicional, irrevocable, mancomunada y solidaria garantizo el pago al Hospital y al «Moffitt Medical Group» de todos los gastos hospitalarios contraídos o que contraiga el paciente en la fecha de su ingreso como paciente interno o ambulatorio y después de ella. Declaro estar de acuerdo en que tengo la responsabilidad financiera fundamental de todos los gastos del paciente, salvo por lo que de otra manera estipule la ley, aun cuando el Hospital y el «Moffitt Medical Group» estén de acuerdo con aceptar los pagos directamente de un tercero. Entiendo y acepto que todos los gastos son deudas pagaderas en el momento en que el paciente sea dado de alta como paciente interno y en el momento de recibir tratamiento en régimen ambulatorio. Asimismo, entiendo que es posible que reciba facturas de USF, UMSA, USFPG u otras entidades de servicios profesionales, las cuales no forman parte del Hospital ni del «Moffitt Medical Group».

*\*\* Esta sección sobre garantía del pago debe llenarse solamente si una tercera parte accede a responsabilizarse de todos los gastos que el paciente contraiga por los servicios recibidos en Moffitt. \*\**

FIRMA: \_\_\_\_\_  
(Garante) (Fecha)

FIRMA: \_\_\_\_\_  
(Testigo) (Fecha)

## A NUESTROS PACIENTES

El objetivo de Moffitt Cancer Center es el de proporcionar servicios de primera calidad. En caso de que usted tenga cualquier problema o inquietud mientras sea paciente de Moffitt Cancer Center, esperamos que nos lo comunique oportunamente. Nuestro Departamento de Relaciones con el Paciente está ubicado en el primer piso cerca del vestíbulo principal. No dude en comunicarse con este departamento llamando al (813) 972-8475. A continuación se resumen sus derechos y responsabilidades.

## SUS DERECHOS\*

- Usted tiene derecho a recibir atención médica respetuosa y amable al tiempo que se considera su dignidad. Usted tiene derecho a que se le mantenga sin dolor y a que los profesionales médicos respeten sus valores culturales, sociales, emocionales, espirituales y personales, así como sus creencias y preferencias.
- Usted tiene derecho a que, a solicitud suya, se notifique a su médico, a un familiar o a otra persona de su elección que a usted se le ha ingresado en el hospital.
- Usted tiene derecho a que se le trate o a que se le presten servicios de forma justa y razonable sea cual sea su edad, raza, grupo étnico, religión, cultura, idioma, capacidad física o psíquica, situación socioeconómica, sexo, orientación sexual, identidad o expresión sexual o modo de pago.
- Usted tiene derecho a saber a qué servicios de apoyo tiene acceso, incluidos los servicios de interpretación o servicios de atención pastoral o espiritual.
- Usted tiene derecho a recibir información de todos los profesionales médicos, incluida la información médica, en el idioma o método de comunicación que usted prefiera sin costo alguno para usted. Si tiene deficiencias de la vista, del habla, auditivas o cognitivas, se le proporcionará un método de comunicación que responda a sus necesidades.
- Usted tiene derecho a saber el nombre de los médicos que le prestan servicios médicos y el nombre de la persona principalmente responsable de su cuidado.
- Usted tiene derecho a recibir respuestas razonables y oportunas a preguntas y solicitudes razonables. Usted puede consultar con un especialista a petición suya y a su cargo.
- Usted tiene derecho a recibir, a solicitud suya, información plena y el asesoramiento necesario respecto de recursos económicos conocidos a los que pueda acceder para costear su atención médica.
- Usted tiene derecho a saber, a solicitud suya y antes de recibir tratamiento, si el profesional médico o el centro aceptan la tarifa de asignación de Medicare si usted cumple los requisitos para recibir Medicare.
- Usted tiene derecho a recibir, a solicitud suya, antes del tratamiento, un precio aproximado y razonable del costo de la atención médica.
- Usted tiene derecho a recibir con palabras que pueda entender información sobre su salud, incluidos el diagnóstico, el plan de tratamiento previsto, las alternativas, los riesgos, los resultados previstos e imprevistos y el pronóstico.
- Usted tiene derecho a participar en el desarrollo y ejecución de su plan de cuidados.
- Usted tiene derecho a participar en la resolución de las preguntas que surgen durante el tratamiento, incluidos los asuntos relacionados con la resolución de conflictos, el aplazamiento de la reanimación cardiopulmonar y cuidados terminales.
- Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre sus cuidados médicos y a recibir tanta información sobre el tratamiento o procedimiento previsto como necesite con el fin de dar su consentimiento con conocimiento de causa o para rechazar el plan de tratamiento. Salvo en emergencias, esta información incluirá una descripción del procedimiento o el tratamiento, de los riesgos médicos que sean importantes, otros planes de tratamiento o no dar tratamiento y los riesgos que acarrea cada opción, así como el nombre de la persona que realizará el procedimiento o que administrará el tratamiento.
- Usted tiene derecho a que le informen de si el tratamiento médico propuesto tiene fines de investigación experimental, y a dar su consentimiento para participar o negarse a ello.
- Usted tiene derecho a dar o denegar su consentimiento para que el hospital use grabaciones, películas u otras imágenes de usted con fines distintos a los de prestarle atención médica.
- Usted tiene derecho a recibir tratamiento para problemas médicos de emergencia que empeorarán si no se tratan.
- Usted tiene derecho a solicitar o rechazar el tratamiento en la medida en que la ley lo permita. Usted no tiene derecho a exigir tratamiento inapropiado o que sea innecesario desde un punto de vista médico. Usted tiene derecho a abandonar el hospital, incluso en contra del criterio de los médicos, en la medida en que la ley lo permita.
- Usted tiene derecho a la confidencialidad de su historia clínica y el derecho a acceder a información de ella cuando esta esté completa.
- Usted tiene derecho a la valoración y control adecuados del dolor. Usted puede solicitar o rechazar que se administren tratamientos para aliviar el dolor, incluidos los medicamentos opiáceos.
- Usted tiene derecho a crear voluntades anticipadas, sea paciente en régimen hospitalario o ambulatorio. Las voluntades anticipadas le permiten dar a conocer sus preferencias en lo que respecta a la atención médica, y muchas veces incluyen la designación de un sustituto para tomar decisiones médicas por usted, un testamento vital y las preferencias sobre donación de órganos. Puede recibir ayuda para preparar las voluntades anticipadas poniéndose en contacto con la oficina de Trabajo Social, teléfono (813) 745-8407.
- Usted tiene derecho a que se respete su intimidad personal, a que se converse sobre su caso, a que se consulte, se le examine o se le dé tratamiento de una forma confidencial y discreta. Usted tiene derecho a que le informen del motivo para

que una persona determinada esté presente, a que las visitas se marchen antes de que le examinen y cuando se converse sobre asuntos relativos al tratamiento.

- Usted tiene derecho a guardar y usar la ropa o posesiones personales según lo permita el espacio, salvo que esto afecte al derecho de otro paciente o a que no se recomiende por razones documentadas de tipo médico, programático o de seguridad.
- Usted tiene derecho a que todas las comunicaciones y expedientes relacionados con su atención y estancia en el hospital se traten de manera confidencial. Usted recibirá otra copia de la «Notificación de prácticas de privacidad» que explique minuciosamente sus derechos en materia de privacidad y cómo podríamos usar y divulgar su información médica protegida.
- Usted tiene derecho a recibir atención médica en un entorno seguro donde no se cometan abusos de tipo físico, psíquico, sexual ni verbal y sin explotación ni acosos. Usted tiene derecho a acceder a servicios de protección y defensa, incluida la notificación de maltratos o abusos a entidades del gobierno.
- Usted tiene derecho a no estar sometido a inmovilización ni aislamiento usados como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia por parte del personal.
- Usted tiene derecho a la continuidad razonable de la atención médica y a saber con antelación la hora y el lugar de sus citas, así como la identidad de las personas que le atienden.
- Usted tiene derecho a que el médico, o un delegado de este, le mantenga informado de cuáles son los requisitos médicos después de darle el alta del hospital. A solicitud suya, usted tiene derecho a que a un amigo o familiar también reciba esta información.
- Usted tiene derecho a recibir una explicación exhaustiva de las necesidades y alternativas antes de que lo trasladen a otro centro médico.
- Usted tiene derecho a conocer las reglas y normas del hospital, incluidas aquellas que tengan que ver con su conducta.
- Usted tiene derecho a contar con un familiar, amigo u otra persona para darle apoyo emocional mientras está hospitalizado o cuando viene a sus citas ambulatorias; designar a los visitantes de su preferencia si tiene capacidad para tomar decisiones, salvo que:
  1. no se permitan las visitas;
  2. el centro determine de forma razonable que la presencia de una visita en particular podría hacer peligrar la salud o seguridad de un paciente, de un miembro del personal o de otro visitante del centro, o que esta presencia interrumpiría de forma considerable el funcionamiento del centro;
  3. usted haya notificado al personal del centro médico que ya no desea que una persona en particular le visite.Sin embargo, un centro médico puede establecer restricciones razonables sobre las visitas, incluido el limitar el horario de visitas y el número de visitantes.
- Usted tiene derecho a que las personas que usted elija estén implicadas en las decisiones sobre atención médica, tratamiento y servicios recibidos en la medida en que lo permita usted o la persona que usted eligió para tomar decisiones en su nombre si usted no puede tomarlas.
- Usted tiene derecho a recibir una factura con los gastos desglosados que sea razonablemente clara y comprensible, y que a solicitud suya, se le expliquen los cargos.
- Usted tiene derecho a solicitar una copia del texto íntegro de la «*Declaración de derechos y responsabilidades del paciente*» correspondiente al estado de Florida.
- Usted tiene derecho a estar informado de los procedimientos de Moffitt Cancer Center para expresar agravios (quejas) y para expresar agravios referentes a la violación de sus derechos conforme se estipulan en la ley de Florida, mediante el procedimiento de interposición de agravios y el organismo del estado que autoriza la práctica de la profesión.
- Usted tiene derecho a interponer una queja. Si desea interponer una queja contra el hospital, puede hacerlo escribiendo o llamando a Moffitt Cancer Center, mailstop MCC-PTREL, 12902 Magnolia Boulevard, Tampa, 33612, teléfono (813) 745-3808. El comité de quejas revisará cada queja y le responderá por escrito. La respuesta por escrito contendrá el nombre de la persona del hospital con quien puede ponerse en contacto, las medidas tomadas para investigar la reclamación, los resultados del proceso y la fecha en que se terminó el proceso de investigación de la queja. Asimismo, las inquietudes que se tengan sobre calidad de la atención médica o sobre el alta prematura pueden enviarse a la Organización de Revisión por Colegas sobre Utilización y Control de la Calidad (*Utilizacion and Quality Control Peer Review Organization* o PRO, por sus siglas en inglés) que sea pertinente.
- Usted tiene derecho a interponer una queja contra nuestro hospital independientemente de que use el proceso de quejas del hospital. Las quejas pueden interponerse escribiendo o llamando a la Agencia de Administración de la Atención Médica (*Agency for Helathcare Administration*), 2727 Mahan Drive, Tallahassee, FL, 32308-5407, teléfono (888) 419-3456. Otra opción es comunicarse con la Joint Commission (anteriormente conocida con el nombre de Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations) llamando al 1-800-994-6610 o visitando [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org).

## RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

- Usted responsable de ofrecer información que a su leal saber y entender sea correcta y completa sobre su enfermedad actual, enfermedades previas, hospitalizaciones, medicamentos y demás asuntos relativos a su salud.

- Usted responsable de notificar los cambios en su condición y todas las dudas que tenga sobre cuidados o seguridad. Usted es responsable de formular preguntas que sirvan para que su equipo médico le brinde la mejor atención que sea posible.
- Usted responsable de cumplir las instrucciones del médico o del equipo de atención médica. Si usted no puede cumplir las instrucciones para cuidarse o si no las entiende, es responsable de notificar a un miembro de su equipo médico que no puede cumplirlas o que no las entiende.
- Usted responsable de venir a sus citas y de notificar a Moffitt Cancer Center cuando no pueda venir.
- Usted responsable de asegurar que cumple con sus obligaciones financieras hacia Moffitt Cancer Center tan oportunamente como sea posible.
- Usted responsable de relacionarse con el personal del hospital de una forma cortés y respetuosa; respetar los derechos y la propiedad del personal del hospital y de otros pacientes. Además, se espera que cumpla las normas del hospital relativas a ruido, tabaco y visitas.
- Usted responsable de sus acciones si rechaza algún tratamiento o no cumple las instrucciones de su médico o del equipo médico.
- Usted responsable de avisar al hospital si tiene voluntades anticipadas; que usted o su representante avisen al hospital si tiene voluntades anticipadas. Si las tiene, traiga una copia a la oficina de Ingresos o cuando se registre en el consultorio. En el momento de ingresarle o de registrarse para una cita, deberá saber el nombre de la persona que usted designa para que tome decisiones médicas y las características generales de sus preferencias para la atención médica. Un trabajador social puede ayudarle a preparar las voluntades anticipadas si todavía no las tiene. Usted puede comunicarse con un trabajador social llamando al (813) 745-8407.

**Representante de relaciones con el paciente** El representante de relaciones con el paciente deberá: Servir de defensor del paciente para garantizar que se le brinde la mejor atención médica posible mientras se cumplen sus derechos y responsabilidades. Interpretar la filosofía, normas, procedimientos y servicios de la institución para los pacientes, familiares y visitantes. Ayudar a acelerar los servicios en favor del paciente. Brindar un lugar donde el paciente, sus familiares y visitantes puedan formular preguntas, ofrecer cumplidos, manifestar inquietudes y hacer sugerencias con la seguridad de que sus preocupaciones se reciben y responden de manera apropiada.

### **Departamento de Relaciones con el Paciente**

El Departamento de Relaciones con el Paciente está ubicado en el primer piso cerca al vestíbulo principal. Las horas de oficina son de 8 de la mañana a 5 de la tarde, de lunes a viernes. Puede comunicarse internamente con un representante de relaciones con el paciente marcando la extensión 8475, o desde fuera del hospital llamando al 813-745-3808, o llamando gratis al teléfono 800-456-3434, extensión 3808. Aunque no es necesario concertar una cita, es conveniente solicitar una.

### **Preguntas e inquietudes**

Sus preguntas, inquietudes y cumplidos son bienvenidos. La meta de Moffitt Cancer Center es brindar servicio de primera calidad. De tener algún problema o inquietud mientras sea paciente de Moffitt Cancer Center, esperamos que nos lo comunique.

### **Asistencia adicional**

Si considera que sus inquietudes no fueron atendidas de forma apropiada, a continuación le ofrecemos la siguiente información:

#### **Si tiene alguna queja contra nuestro hospital, comuníquese con:**

Agency for Health Care Administration, 2727 Mahan Drive, Tallahassee, FL 32308-5407, teléfono: 888-419-3456. Sitio en la Internet: <http://www.fdhc.state.fl.us>

#### **Si tiene alguna queja contra un profesional de la salud y desea recibir un formulario para presentar una queja, comuníquese con:**

Department of Health, Consumer Services Unit, 4052 Bald Cypress Way, Bin C75, Tallahassee, FL 32339-3275, teléfono: 888-419-3456. Sitio en la Internet: <http://www.flhealthsource.com>