

CLIENT SERVICE AGREEMENT (Spanish Translation in the back)

Patient: _____

Medical Record: _____

VOLUNTARY ADMISSION: I VOLUNTARILY CONSENT TO ADMISSION TO THE AGENCY, AND TO TREATMENT THAT MAY BE ADVISED AND OR RECOMMENDED BY MY PHYSICIAN AND TREATMENT TEAM.

I REQUEST A COPY OF THE PLAN OF TREATMENT: Y _____ N _____

CONSENT TO RECEIVE SERVICES: I HEREBY AUTHORIZE THE AGENCY, TO RENDER APPROPRIATE SERVICES AS PRESCRIBED BY MY PHYSICIAN, OR BY ANY OTHER PHYSICIAN WHO MAY BE TREATING ME, INCLUDING ALL DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC TREATMENT THAT MAY BE CONSIDERED ADVISABLE OR NECESSARY IN THE JUDGMENT OF THE PHYSICIAN. **I HEREBY AUTHORIZE THE AGENCY**, OR YOUR AGENTS TO PERFORM ANY WORK IN TAKING BLOOD SAMPLES FROM ME OR ADMINISTERING INJECTIONS OR INTRAVENOUS THERAPY FOR NORMAL MEDICAL PRACTICE. I HEREBY AUTHORIZE THIS WORK UNDER PHYSICIAN'S ORDERS, WHILE A PATIENT WITH YOUR ORGANIZATION.

I AM ALSO AWARE THAT ONLY ONE HOME HEALTH AGENCY WILL BE PAID ONCE I AM ADMITTED TO THIS AGENCY.

EMERGENCY MEDICAL SERVICES: I UNDERSTAND THAT DURING THE COURSE OF MY TREATMENT THE NEED FOR EMERGENCY TREATMENT AND/OR TREATMENT AND/OR TRANSFER TO A HOSPITAL MAY BECOME NECESSARY AND APPROPRIATE. I UNDERSTAND THAT THE AGENCY DOES NOT PROVIDE EMERGENCY MEDICAL CARE AND THEREFORE SHOULD THE NEED FOR SUCH TREATMENT AND/OR TRANSFER MAY BE DEEMED NECESSARY AND APPROPRIATE, THE AGENCY STAFF WILL CALL 911. I CONSENT TO SUCH EMERGENCY TREATMENT AND/OR TRANSFER TO A HOSPITAL AND HEREBY INDEMNIFY THE AGENCY FROM SUCH EMERGENCY TREATMENT AND/OR TRANSFER. I AGREE TO ASSUME SOLE RESPONSIBILITY FOR ALL CHARGES INCURRED FOR SUCH TREATMENT.

RELEASE OF INFORMATION: I AUTHORIZE ALL THE PHYSICIANS, HOSPITALS, NURSING HOMES, CLINICS, AND OTHER HEALTH CARE PROVIDERS RELEASE OF MEDICAL INFORMATION RELEVANT TO MY CARE TO THE AGENCY I HEREBY AUTHORIZE THE RELEASE OF ANY MEDICAL INFORMATION FROM MY RECORDS TO ANY LICENSED INSTITUTIONS, STATE, FEDERAL, OR ACCREDITED INSTITUTIONS FOR THE PURPOSES OF PROVIDING CONTINUITY OF CARE, ESTABLISH CONTINUITY OF CARE, ESTABLISH CORRECT REIMBURSEMENT, ESTABLISH NEED FOR SERVICE OR AS AUTHORIZED BY LAW. I PLACE NO LIMITATIONS ON HISTORY OR ILLNESS OR DIAGNOSTIC/ THERAPEUTIC INFORMATION INCLUDING ANY TREATMENT FOR SUBSTANCE ABUSE, PSYCHIATRIC DISORDERS, OR ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME. "RELEASE OF INFORMATION" WILL BE PERFORMED ACCORDING TO HIPPA REGULATIONS.

SECTION ONE

INSURANCE BENEFITS AND PAYMENT: I HEREBY AUTHORIZE MY PRIVATE INSURANCE CARRIER TO PAY INSURANCE BENEFITS TO THE AGENCY, AND AGREE TO THE RELEASE OF ALL MEDICAL INFORMATION TO MY INSURANCE CARRIER IF SHOULD BE REQUIRED BY ANY PROGRAM

I HAVE BEEN ADMITTED THROUGH **MEDICARE** AND NO CHARGES WILL BE EXPECTED

I hereby request and authorize payment directly to THE AGENCY I understand that to receive Medical covered home care services, I must meet the qualifying criteria as outlined under information of Medicare coverage criteria statement contained in the home folder. if your home care services conform to this rule, your Medicare home care services should generally be covered without liability for payment.

If services should be determined as denied or non-covered by Medicare, then the patient will be notified via letter and payment will be at the discretion of the agency. I understand that I am financially responsible for charges not paid under any assignment, charges will not exceed the agency's regular Medicare charges (\$100.00 per visit). I certify that the information given by me in the applying for payment under the title XVIII and/or XIX of the social security act is correct. I authorize the release of all records required to act on this request. I request that payment of authorized benefits be made on my behalf. furthermore, I hereby declare that I do not belong to any Health Maintenance Organization (HMO). If it is found otherwise, I will be responsible for the charges incurred.

I HAVE BEEN ADMITTED THROUGH **MEDICAID** AND MY RESPONSIBILITY IS \$ 2.00 CO-PAY PER VISIT WITH A MAXIMUM OF ONE CO-PAYMENT PER DAY.

I HAVE BEEN ADMITTED THROUGH _____ HMO, _____ COMMERCIAL INSURANCE, _____ MEDICARE INSURANCE AS A SECONDARY PAYER. The charges will be determined through third party contracts.

I HAVE BEEN ADMITTED THROUGH **PRIVATE PAY** AND THE CHARGES ARE SPECIFIED IN THE PRIVATE PAY AGREEMENT ATTACHED.

I CERTIFY THAT THE FINANCIAL INFORMATION INDICATED ABOVE, RELATED TO THE PAYMENTS MADE BY INSURER OR THIRD PARTY PAYER, THE SCOPE AND INTENT OF COVERAGE, AND THE CHARGES FOR NON-COVERED SERVICE CHARGES, HAS BEEN EXPLAINED AND UNDERSTOOD.

CLIENT SERVICE AGREEMENT (Cont'd) (Spanish Translation in the back)

Patient: _____

Medical Record: _____

SECTION TWO

HOME HEALTH SERVICES TO BE FURNISHED, FREQUENCY AND CHARGES:

SKILLED NURSING _____ HOME HEALTH AIDE _____
PHYSICAL THERAPY _____ MEDICAL SOCIAL WORKER _____
SPEECH THERAPY _____ OCCUPATIONAL THERAPY _____
OTHER: _____

ALSO I AUTHORIZE THE AGENCY'S RN/RPT TO PERFORM VISIT OF **SUPERVISION**, EVERY _____ DAYS.

STATEMENT OF PATIENT RIGHTS, RESPONSIBILITY AND ABUSE REGISTRY: I CERTIFY THAT I HAVE READ, UNDERSTOOD AND RECEIVED A COPY OF THE STATEMENT OF PATIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITY WHICH HAS BEEN EXPLAINED TO ME VERBALLY BY A REPRESENTATIVE OF THE AGENCY I UNDERSTAND THE POLICY AND HAVE RECEIVED A COPY WITH THE TOLL FREE ABUSE PHONE NUMBER (1-800-962-2873), AND HHA HOTLINE (1-888-419-3456).

ADVANCE DIRECTIVE AND LIVING WILLS: I HAVE RECEIVED WRITTEN INFORMATION REGARDING MY RIGHTS TO MAKE DECISIONS CONCERNING MEDICAL CARE, INCLUDING THE RIGHT TO ACCEPT OR REFUSE MEDICAL OR SURGICAL TREATMENT AND THE RIGHT TO FORMULATE ADVANCE DIRECTIVES UNDER STATE LAW.

I HAVE AN ADVANCE DIRECTIVE: YES NO.

I HAVE A LIVING WILL: YES NO. IF YES, LOCATION OF LIVING WILL: _____

I HAVE A PATIENT ADVOCATE/PROXY: YES NO: MY PATIENT ADVOCATE/PROXY IS: Name: _____

ADDRESS: _____ PHONE: _____

I WANT TO USE THE **DNR ORDER** Y N (If yes, complete the official Legal Form)

HIPAA/OASIS: NOTICE OF PRIVACY PRACTICES: I HAVE RECEIVED A COPY OF THE AGENCY'S NOTICE OF PRIVACY PRACTICES, I DISCUSS AND RECEIVE A COPY OF THE CLIENT INFORMATION HANDBOOK.

CONSENT FOR HOME VISIT: I HEREBY CONSENT TO HAVE STATE/FEDERAL/ACCREDITATION HEALTH SURVEY PERSONNEL TO CONDUCT A "HOME VISIT" TO ENSURE THAT THE FEDERAL/ACCREDITATION REQUIREMENTS ARE MET AND TO ASSIST IN EVALUATING THE EFFECTIVENESS/QUALITY OF HOME HEALTH SERVICES THAT I RECEIVE FROM THE AGENCY I UNDERSTAND THAT CONSENT FOR THIS VISIT IS VOLUNTARY AND NONE OF MY RIGHTS TO CONFIDENTIALITY OR PRIVACY ARE WAIVED BY MY CONSENT. I HAVE BEEN TOLD AND UNDERSTAND THAT REFUSAL TO A HOME HEALTH VISIT WILL HAVE NO EFFECT ON THE LEVEL OR NATURE OF MEDICARE/MEDICAID BENEFITS TO WHICH I AM ENTITLED.

PATIENT RELEASE TO PHOTOGRAPH: I HEREBY GRANT THE AGENCY, AND THEIR REPRESENTATIVES, PERMISSION TO TAKE PHOTOGRAPHS OF ME AND TO USE THE FINISHED PHOTOGRAPHS IN ANY LEGITIMATE WAYS THEY DEEM PROPER. FURTHER I RELINQUISH AND GIVE TO THE AGENCY, ALL RIGHTS, TITLE AND INTEREST I MAY HAVE IN THE FINISHED PICTURES, NEGATIVES, REPRODUCTIONS AND COPIES OF THE ORIGINAL PRINTS AND NEGATIVES. I ALSO GRANT THE RIGHT TO GIVE TRANSFER AND EXHIBIT THE NEGATIVES, ORIGINAL PRINTS, OR COPIES AND FACSIMILES, MAIL, DELIVERY, THEREOF TO ANY RESPONSIBLE INDIVIDUAL, BUSINESS FIRM, OR PUBLICATION, OR TO ANY OTHER ASSIGNEES.

PATIENT SERVICE AGREEMENT: I HAVE RECEIVED A COPY OF THE AGENCY'S PATIENT SERVICE AGREEMENT AND HAVE ALL QUESTIONS AND CONCERNS ANSWERED TO MY SATISFACTION. ALSO I AUTHORIZE TO _____, (RELATION TO PATIENT _____) **TO SIGN ALL DOCUMENTS**, BECAUSE I'M UNABLE TO DO SO REASON UNABLE TO SIGN: _____.

WWW.PRSYSTEM.COM SAMPLE 305.818.5940

⇒

SIGNATURE OF CLIENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE

DATE

RELATIONSHIP OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE

SIGNATURE OF AGENCY'S REPRESENTATIVE

DATE

CONTRATO DE SERVICIOS (Versión en Inglés al frente)

Paciente: _____

Medical Record: _____

Página 1

ADMICIÓN VOLUNTARIA: YO VOLUNTARIAMENTE CONSIENTO MI ADMISIÓN A ESTA AGENCIA, Y AUTORIZO AL TRATAMIENTO QUE HA SIDO SUGERIDO O RECOMENDADO POR MI MEDICO Y/O EQUIPO DE TRATAMIENTO. QUIERO UNA COPIA DEL PLAN DE TRATAMIENTO: SI ____ NO ____

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR SERVICIOS: YO AUTORIZO A ESTA AGENCIA, A QUE PROVEA LOS SERVICIOS APROPIADOS TAL COMO HAN SIDO PRESCRITOS POR MI MEDICO, O POR CUALQUIER OTRO MEDICO QUE PUEDA ESTAR TRATÁNDOME, INCLUYENDO TODOS LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS Y DIAGNÓSTICOS QUE PUEDAN SER CONSIDERADOS RECOMENDABLES O NECESARIOS A JUICIO DEL MEDICO. TAMBIÉN AUTORIZO A ESTA AGENCIA Y/O A SU PERSONAL A REALIZAR CUALQUIER TAREA REQUERIDA PARA MI TRATAMIENTO COMO: OBTENER MUESTRAS DE SANGRE, ADMINISTRACIÓN DE INYECCIONES O TERAPIA INTRAVENOSA PARA LA PRÁCTICA MÉDICA. AUTORIZO ESTO BAJO LAS ORDENES DE UN MEDICO MIENTRAS SEA PACIENTE DE ESTA ORGANIZACIÓN. **TAMBIEN SE QUE SOLAMENTE UNA AGENCIA SERÁ PAGADA EN CUANTO SEA ADMITIDO(A) A ESTA AGENCIA.**

SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA: ENTIENDO QUE DURANTE EL CURSO DE MI TRATAMIENTO PUEDE SER NECESARIO Y/O APROPIADO EL USO DE SERVICIOS DE EMERGENCIA Y/O TRANSFERENCIA A UN HOSPITAL. YO ENTIENDO QUE LA AGENCIA NO PROVEE SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA Y POR LO TANTO SI ES NECESARIO Y/O APROPIADO UTILIZAR ESTE TIPO DE SERVICIOS EL PERSONAL DE LA AGENCIA LLAMARA AL 911. YO AUTORIZO DICHO TRATAMIENTO DE EMERGENCIA Y/O TRANSFERENCIA A HOSPITAL Y LIBERO DE RESPONSABILIDAD LEGAL Y FINANCIERA A LA AGENCIA POR GASTOS QUE ESTOS SERVICIOS PUEDAN ACABREAR. YO ASUMO TODA LA RESPONSABILIDAD POR TODOS LOS GASTOS INCURRIDOS DURANTE ESE TRATAMIENTO.

PROVEER INFORMACIÓN: YO AUTORIZO A TODOS LOS MÉDICOS, HOSPITALES, NURSING HOMES, CLÍNICAS Y OTROS PROVEEDORES DE SALUD A PROVEER INFORMACIÓN MÉDICA RELEVANTE A MI CUIDADO MEDICO A ESTA AGENCIA POR MEDIO DE LA PRESENTE AUTORIZO LIBERAR TODA MI INFORMACIÓN MÉDICA A CUALQUIER INSTITUCIÓN AUTORIZADA (LICENCED INSTITUCIÓN), AGENCIAS FEDERALES, ESTATALES, O INSTITUCIONES ACREDITADAS PARA EL PROPÓSITO DE PROVEER CONTINUIDAD DE CUIDADO, ESTABLECER CONTINUIDAD DE CUIDADO, CORRECTA REMUNERACIÓN, ESTABLECER NECESIDAD DE SERVICIOS O AUTORIZACIONES LEGALES. NO LÍMITE HISTORIAS DE ENFERMEDADES O DIAGNÓSTICOS, INFORMACIÓN TERAPÉUTICA INCLUYENDO CUALQUIER TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS, ENFERMEDADES PSIQUIATRIAS O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. LA LIBERACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN SE HARÁ POR LAS REGULACIONES DE HIPPA.

SECCIÓN I

BENEFICIOS DEL SEGURO Y PAGO: YO AUTORIZO A MI INTERMEDIARIO DE SEGURO PRIVADO A PAGAR BENEFICIOS DE ASEGURAMIENTO A ESTA AGENCIA, Y AUTORIZO A LIBERAR TODA MI INFORMACIÓN MÉDICA A MI COMPAÑÍA DE SEGURO.

HE SIDO ADMITIDO COMO PACIENTE DE **MEDICARE** Y NO SE ESPERAN CARGOS POR ESTE SERVICIO.

A través de la presente solicito y autorizo los pagos que sean hechos directamente a ESTA AGENCIA entiendo que para recibir servicios de cobertura medica a domicilio, yo debo cumplir con los criterios establecidos tal como se describe bajo la cobertura de medicare contenida en mi expediente de admisión. Si el servicio de cuidados a domicilio se rigen a esta reglamentación, sus servicios domiciliarios de Medicare serán cubiertos sin responsabilidad por pago de su parte. Si se determina que los servicios no son cubiertos por MEDICARE, entonces el paciente será notificado por escrito y los pagos serán a discreción de la agencia. Yo entiendo que soy financieramente responsable por cargos no pagados bajo cualquier asignación. Los cargos no excederán las tarifas regulares de MEDICARE (\$100.00 por visita). Certifico que la información dada durante la aplicación de pagos bajo el título XVIII y/o XIX del acta del seguro social, es correcta. yo autorizo la liberación de todos los records requeridos para actuar bajo mi autorización. Solicito que los pagos de beneficios autorizados sean hechos en mi nombre, además declaro que no pertenezco a ninguna H.M.O. (Health Maintenance Organization), si se demuestra lo contrario yo seré responsable de los gastos incurridos.

HE SIDO ADMITIDO COMO PACIENTE DE **MEDICAID** Y MI RESPONSABILIDAD ES DE \$ 2.00 DE COPAGO POR VISITA CON UNA MÁXIMO DE UN CO-PAGO POR DIA.

HE SIDO ADMITIDO A TRAVÉS DE _____ HMO, _____ SEGURO PRIVADO, _____ MEDICARE COMO SEGURO SUPLEMENTARIO. Los cargos serán determinados a través de una tercera institución

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN FINANCIERA INDICADA ARRIBA, RELACIONADA CON LOS PAGOS HECHOS POR EL ASEGURADOR O TERCERAS, LA EXTENSIÓN Y COBERTURA Y LOS CARGOS POR SERVICIOS NO CUBIERTOS HAN SIDO EXPLICADOS Y ENTENDIDOS POR MI.

CONTRATO DE SERVICIOS (Continuación) (Versión en Inglés al frente)

Paciente: _____

Medical Record: _____

SECCIÓN II

SERVICIOS DE SALUD A DOMICILIO QUE SERÁN DADOS, CARGOS Y FRECUENCIA:

SKILLED NURSING _____ HOME HEALTH AIDE _____
PHYSICAL THERAPY _____ MEDICAL SOCIAL WORKER _____
SPEECH THERAPY _____ OCCUPATIONAL THERAPY _____
OTHER: _____ TAMBIEN AUTORIZO VISITAS DE SUPERVISION CADA

_____ DIAS.

DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE, Y LÍNEA DE ABUSO: CERTIFICO QUE HE LEÍDO, ENTENDIDO Y RECIBIDO UNA COPIA DE LA DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE QUE ME HA SIDO EXPLICADO VERBALMENTE POR UN REPRESENTANTE DE ESTA AGENCIA ENTENDO LA PÓLIZA Y HE RECIBIDO UNA COPIA DEL NUMERO GRATUITO DE ABUSO (800 962 2873) Y DE HHA HOTLINE (888 419 3456).

DIRECTIVAS ANTICIPADAS Y TESTAMENTO: HE RECIBIDO INFORMACIÓN ESCRITA RESPECTO A MIS DERECHOS PARA HACER DECISIONES CONCERNIENTES A EL TRATAMIENTO MEDICO. INCLUYENDO EL DERECHO A ACEPTAR O REHUSAR TRATAMIENTO MEDICO O QUIRÚRGICO Y EL DERECHO A FORMULAR DIRECTIVAS ANTICIPADAS BAJO LA LEY ESTATAL.

TENGO DIRECTIVAS ANTICIPADAS: SI NO.

TENGO TESTAMENTO: SI NO. SI ES SI, LOCALIZACIÓN: _____

TENGO UN APODERADO SI NO: MI APODERADO ES: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

QUIERO USAR LA LEY DE **DNR (NO RESUSCITAR) ORDER** Y N. (if complete la Forma Legal)

PRACTICAS DE PRIVACIDAD(HIPAA/OASIS): HE RECIBIDO UNA COPIA DE LAS POLITICAS SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE ESTA AGENCIA TAMBIEN HE SIDO INFORMADO Y RECIBIDO UNA COPIA DEL MANUAL DEL CLIENTE.

AUTORIZACIÓN PARA VISITA DOMICILIARIA: YO AUTORIZO A TENER PERSONAL ESTATAL/FEDERAL/ACREDITACION Y A LLEVAR A CABO UNA VISITA A MI CASA PARA ASEGURAR QUE LOS REQUISITOS FEDERALES/ACREDITACION SON CUMPLIDOS Y PARA ASISTIR EN LA EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y CALIDAD DEL SERVICIO QUE RECIBO DE ESTA AGENCIA

ENTIENDO QUE LA AUTORIZACIÓN PARA ESTA VISITA ES VOLUNTARIA Y QUE NINGUNO DE MIS DERECHOS DE CONFIDENCIALIDAD O PRIVACIDAD SERÁN IGNORADOS POR MI AUTORIZACIÓN. SE ME HA DICHO Y HE ENTENDIDO QUE REHUSAR UNA VISITA DOMICILIARIA NO TENDRÁ EFECTO EN EL NIVEL O NATURALEZA DE LOS BENEFICIOS DE MEDICARE/MEDICAID A LOS QUE TENGO DERECHO.

LIBERACIÓN DE FOTOGRAFÍAS: YO AUTORIZO A ESTA AGENCIA Y SUS REPRESENTANTES, A TOMAR FOTOGRAFÍAS MÍAS Y USAR DICHAS FOTOGRAFÍAS EN UNA FORMA LEGITIMA QUE SEA REQUERIDA. ADEMÁS YO DECLINO DOY A ESTA AGENCIA, TODOS LOS DERECHOS TÍTULOS, INTERÉS QUE YO PUEDA TENER SOBRE DICHAS FOTOGRAFÍAS, NEGATIVOS REPRODUCCIONES Y COPIAS DE LOS ORIGINALES O NEGATIVOS. YO ADEMÁS DOY A LOS DERECHOS DE TRANSFERIR, EXHIBIR LOS NEGATIVOS, ORIGINALES, O COPIAS, Y DE PODER ENVIAR POR FAX, CORREO, O POR PERSONALMENTE A CUALQUIER PERSONA RESPONSABLE, FIRMA COMERCIAL O PUBLICACIÓN, O A CUALQUIERA DE SUS ASIGNADOS.

CONTRATO DE SERVICIOS: HE RECIBIDO UNA COPIA DEL CONTRATO DE SERVICIOS DE ESTA AGENCIA Y HE TENIDO RESPUESTA A TODAS MIS PREGUNTAS A SATISFACCIÓN. YO AUTORIZO A _____ (RELACION CON PACIENTE _____) **A FIRMAR MIS DOCUMENTOS** PORQUE YO NO PUEDO HACERLO, RAZON POR LA CUAL NO PUEDO FIRMAR _____.

⇒ _____
FIRMA DEL CLIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

RELACION DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA AGENCIA

FECHA

PATIENT/ CLIENT RIGHTS

1. To be informed, in advance, about the care to be furnished including the disciplines that will furnish the care, and the frequency of visits as well as any changes to the care furnished.
2. 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.
3. The right to informed consent and refusal of service/care or treatment after the consequences of refusing service/care or treatment are fully presented.
4. Be informed, both orally and in writing, in advance of service/care being provided, of the charges, including payment for service/care expected from third parties and any charges for which the client/patient will be responsible.
5. To have your property treated with respect, consideration, and recognition of client/patient dignity, and individuality.
6. Be able to identify visiting staff members through proper identification.
7. The right to voice grievances/complaints regarding treatment or care, lack of respect of property or recommend changes in policy, staff or service/care without restraint, interference, coercion, discrimination, or reprisal and have grievances/complaints investigated, without being subject to discrimination or reprisal for doing so.
8. The right to choose a healthcare provider.
9. 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.
10. To be advised of agency's policies and procedures regarding disclosure of clinical records.
11. To receive appropriate service/care without discrimination in accordance with physician orders.
12. Be fully informed of any financial benefits when referred to an organization and of provider service/care limitations.
13. Be fully informed of one's responsibilities.
14. To be informed and receive written information in advance concerning agency, policies on advance directives, including a description of state law.
15. Be informed of anticipated outcomes of service/care and of any barriers in outcome achievements.
16. Be informed of client/patient rights regarding the collection and reporting of OASIS information.
17. The right to confidentiality of your clinical records maintained by agency.
18. 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 8am to 6pm excluding state observed holidays. You may also call the agency's accrediting organization which is Accreditation Commission for Health Care, Inc. for complaints and/or information, 1-919-785-1214.
19. You have the 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/Caregiver Printed Name & Signature

Date & MR#

DERECHOS DEL PACIENTE

1. Ser informado anteriormente acerca del cuidado que va a recibir incluyendo las disciplinas que se proporcionarán en el cuidado y la frecuencia de visitas así como cambios en el cuidado proporcionado
2. Participar en el planeamiento del cuidado. Ser avisado anteriormente del derecho a participar en el planeamiento o cambios al plan de cuidado o tratamiento, y de visitas propuestas a ser proporcionadas y a tener una copia del plan, si es requerida..
3. El derecho a informar si consiente o rehusa el servicio/cuidado o tratamiento después de haberle presentado todas las consecuencias de haber rehusado el servicio/cuidado o tratamiento.
4. Ser informado , por escrito y oralmente, con anterioridad del servicio/cuidado a ser provisto, de cargos, incluyendo pagos por servicios/cuidados recibidos de terceras partes y algunos pagos por los cuales el cliente /paciente sería responsable.
5. Que su propiedad sea tratada con respeto y consideración, y reconocimiento de la dignidad e individualidad del cliente/paciente.
6. Poder identificar a los empleados que lo visitan a través de identificaciones apropiadas.
7. El derecho a dar quejas sobre el tratamiento/cuidado, falta de respeto a su persona o recomendación de cambios en la póliza, empleado o servicio/cuidado sin restricción, interferencia, coerción, discriminación o represalia y que sus quejas sean investigadas sin ser sujetos a discriminación o represalias por hacer la queja.
8. El derecho a escoger a su proveedor del cuidado de su salud.
9. El derecho a confidencialidad y privacidad de toda información contenida en el record del cliente/paciente y de Información de Salud Protegida, y ser notificado de las pólizas y procedimientos de la agencia para revelar los registros clínicos.
10. Ser notificado de las pólizas y procedimientos en la revelación de los registros clínicos.
11. Recibir servicios/cuidados apropiados sin discriminación de acuerdo con las ordenes del médico.
12. Estar bien informado de todo beneficio financiero cuando sea referido a una organización y de las limitaciones del proveedor de servicio/cuidado.
13. Ser informado de toda responsabilidad.
14. Ser informado y recibir por escrito con anterioridad información concerniente a la agencia, pólizas, incluyendo una descripción de las leyes estatales.
15. Ser informado de resultados anticipados de servicios/cuidado y de cualquier impedimento en los logros del resultado.
16. Ser informado de los derechos cliente/paciente con respecto a la colección y cobertura de información de OASIS.
17. El derecho a la confidencialidad correcta de sus registros clínicos mantenidos por la agencia.
18. Para ser aconsejado de la disponibilidad de llamada libre a AHCA Número del Consumidor Línea Directa para quejas y/o información, 1-888-419-3456. El número está disponible de lunes a viernes de 8:00 am a 6 p.m. excluyendo los días feriados observados. También pudiera llamar a la organización de acreditación la cual es ACHC para cualquier queja y/o información al 919-785-1114.
19. Usted tiene el derecho a reportar abuso, negligencia o explotación. Para reportar abuso, negligencia o explotación, por favor, llame al 1-800-962-2873. Este número está disponible 7 días a la semana, 24 horas al día.

Paciente/Encargado Escriba Nombre y Firma

Fecha y MR#

HOME HEALTH AIDE CARE PLAN

Patient Address: _____ Telephone No. _____

Directions to Home: _____

Care Manager: _____ Phone No. _____

PARAMETERS TO NOTIFY CARE MANAGER

Temp _____ BP _____

P _____ R _____

Urine _____

Other (pain) _____

DNR: Yes No

Frequency/Duration: _____

Supervisory visits: q 2 weeks q 30 q 60 Other _____

Patient problem: _____

PRECAUTIONARY AND OTHER PERTINENT INFORMATION - Check all that apply. Circle the appropriate item if separated by slash.

<input type="checkbox"/> Lives alone <input type="checkbox"/> Lives with other <input type="checkbox"/> Alone during the day <input type="checkbox"/> Bed bound <input type="checkbox"/> Bed rest/BRPs <input type="checkbox"/> Up as tolerated <input type="checkbox"/> Amputee (specify): _____ <input type="checkbox"/> Partial weight bearing: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> Non weight bearing: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Fall precautions <input type="checkbox"/> Special equipment: _____ <input type="checkbox"/> Speech/Communication deficit <input type="checkbox"/> Vision deficit: <input type="checkbox"/> Glasses <input type="checkbox"/> Contacts <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Hearing deficit: <input type="checkbox"/> Hearing aid	<input type="checkbox"/> Dentures: <input type="checkbox"/> Upper <input type="checkbox"/> Lower <input type="checkbox"/> Partial <input type="checkbox"/> Oriented x 3 <input type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Forgetful/Confused <input type="checkbox"/> Urinary catheter <input type="checkbox"/> Prosthesis (specify): _____ <input type="checkbox"/> Allergies (specify): _____	<input type="checkbox"/> Diabetic <input type="checkbox"/> Do not cut nails <input type="checkbox"/> Diet: _____ <input type="checkbox"/> Seizure precaution <input type="checkbox"/> Wagon for hyper/hypoglycemia <input type="checkbox"/> Feeding precautions <input type="checkbox"/> Prone to fractures <input type="checkbox"/> Other (specify): _____
---	--	---	---

Check all applicable tasks. Specify by circling the applicable activity for those items separated by slashes. Write additional precautions, instructions, etc as needed beside the appropriate item

	ASSIGNMENT			Other - Comments/Instructions		ASSIGNMENT			Other - Comments/Instructions
	Every visit	PRN				Every visit	PRN		
VITALS	Temperature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ACTIVITY	Assist with Ambulation (F8) Walker / Cane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pulse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Assist with Mobility Chair / Bed / Dangle Dangle / Commode Shower / Tub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Respirations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			ROM Active / Passive Arm R/L Leg R/L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Blood Pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Positioning - Encourage Assist q _____ hrs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Weight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Exercise - Per PT / OT / SLP Care Plan (F10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BATH	Pain Management	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		NUTRITION	Meal Preparation (F11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Bath - Tub/Shower (F1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Assist with Feeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HYGIENE/GROOMING	Bed Bath - Partial/Complete (F2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Limit/Encourage Fluids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Assist Bath - Chair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Grocery Shopping (F12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Personal Care (F4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Other (specify):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Assist with Dressing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		OTHER	Wash Clothes (F13)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hair Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Light Housekeeping (F14) Bedroom / Bathroom / Kitchen / Change Bed Linen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Shampoo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Equipment Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Skin Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Other (specify):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Foot Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Check Pressure Areas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Nail Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Oral Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Clean Dentures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Other (specify):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
PROCEDURES	Assist with Elimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Catheter Care (F6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Ostomy Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Record Intake/Output	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Inspect/Reinforce Dressing (see specifics in comment section)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Medication Reminder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Other (specify):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

Signature/Title: _____ Date: _____ Review and/or revise at least every 60 days

SIGNATURE/TITLE	DATE	SIGNATURE/TITLE	DATE

PART 1 - Clinical Record

PART 2 - Patient

PATIENT NAME - Last, First, Middle Initial _____ ID# _____

ASSESSMENT FOR CLIENT VULNERABILITY TO ABUSE AND/OR NEGLECT
EVALUACION DE PACIENTES VULNERABLES A ABUSOS Y/O NEGLIGENCIAS

Client Name: _____
Nombre del Paciente

M.R.#: _____

Date client assessed for vulnerability: _____
Fecha en que el cliente fue evaluado

VULNERABILITY RISK FACTOR <i>FACTORES VULNERABLES</i>	Vulnerability Risk <i>Factores Vulnerables</i>		Exist Risk Factor? <i>Existen factores de riesgo</i>	
	YES	NO	YES	NO
Demonstrates orientation to time, place, and person <i>Demuestra orientacion en tiempo, espacio y persona</i>				
Demonstrates ability to follow directions consistently <i>Demuestra habilidad para seguir indicaciones</i>				
Demonstrates assertiveness <i>Demuestra ser asertivo</i>				
Demonstrates ability to give accurate information consistently <i>Demuestra habilidad para dar información correcta</i>				
Demonstrates interest in environment activities <i>Demuestra interés en las actividades en su alrededor</i>				
Demonstrates ability to walk without assistive devices <i>Demuestra habilidad para caminar sin ningún equipo</i>				
Demonstrates full range of motion <i>Demuestra movimientos completos</i>				
Demonstrates adequate endurance <i>Demuestra resistencia adecuada</i>				
Demonstrates pain-free condition/illness <i>Demuestra condicion o enfermedad sin dolor</i>				
Demonstrates freedom from communicable disease <i>Libre de enfermedades contagiosas</i>				
Demonstrates adequate auditory perception <i>Demuestra buena audicion</i>				
Demonstrates adequate speech <i>Demuestra habla adecuada</i>				
Demonstrates adequate touch sensation <i>Demuestra adecuada sensación al tacto</i>				
Demonstrates cooperative behavior <i>Demuestra comportamiento cooperativo</i>				
Demonstrates ability to adhere to safety precautions consistently <i>Sigue instrucciones de precauciones adecuadamente</i>				
Demonstrates ability to report abuse and/or neglect <i>Tiene habilidad para comunicar abuso o negligencia</i>				
Other/Otros:				

 Signature of individual completing the form
Firma del individual completando la forma

 Date
Fecha

EMERGENCY/DISASTER PLAN FOR HOME HEALTH CARE PATIENTS

(Keep this plan where it can be easily located)

PLAN DE EMERGENCIA/DESASTRE PARA PACIENTES EN SU CASA

(Mantenga este plan en un lugar accesible)

Date/Fecha: _____ **Client:** _____ **MR:** _____

Information obtained by: _____ **Client (Cliente)** _____ **Caregiver (Familiar Encargado)**

If caregiver, relationship to patient/Relación: _____

The Emergency Medical Service dispatcher will need to know (caregiver):

El operador del Servicio de Emergencia Médica necesita conocer (Responsable)

Name/Nombre: _____ **Phone:** _____

Address/Dirección: _____

CLIENT's EMERGENCY CLASSIFICATION (circle one): **D1** **D2** **D3** **D4** *(see back for instructions)*

CLASIFICACION DE EMERGENCIA DEL CLIENTE

Patient Classified D1-D2 is registered with County Evacuation Assistance Program (if needed)

Paciente Clasificado D1-D2 es registrado con el Programa de Asistencia para Evacuación del Condado.

Patient's Data/Datos del Paciente:

Allergies: _____ **Special needs:** _____

Alergias: _____ **Necesidades especiales:** _____

Medications _____

Medicinas _____

Supplies/DME: _____

Equipos médicos: _____

Pharmacy/Phone/Farmacia/teléfono: _____

Address: _____

Doctor: _____ **phone:** _____

(IN CASE OF MEDICAL EMERGENCY DIAL 911) EN CASO DE EMERGENCIA MEDICA LLAMAR AL 911.

IN CASE OF NURSING OR RELATED PROBLEM DIAL, (EN CASO DE PROBLEMA CON EL SERVICIO

O SI QUIERE COMUNICARSE): Call the Agency at phone in the cover of the Book/Llame a la Agencia o:

To contact your nurse directly you may call her/him at: _____

(Puede llamar a su enfermera/ro a)

Name/Nombre: _____

IN CASE OF EMERGENCY NOTIFY: EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR:

Name/Nombre: _____ **Phone:** _____

Address/Dirección: _____

Service Provided: Skilled Services Non-Skilled Services (Personal Care only)

IN THE EVENT OF A HURRICANE (OTHER NATURAL DISASTER) I WILL:

EN CASO DE UN HURACAN (U OTRO DESASTRE NATURAL) YO:

_____ **Stay at home** *(Me quedaré en casa)* Who will help with meds/Quién le ayudará con medicinas _____

_____ **Stay with family** *(voy con familiares)* – Name/address/telephone: _____

_____ **Go to shelter** *(voy a Refugio)* _____

Shelter address/Dirección

_____ **Go to a hospital, if medically necessary** _____

Voy a un hospital, si es medicamente necesario **Hospital Name/Nombre**

Type of transportation/Tipo de transporte: _____

PLEASE CONTACT our Agency FOR ALTERNATE SERVICE OPTIONS IN CASE OF DISASTER.

POR FAVOR CONTACTAR a nuestra Agencia PARA OPCIONES EN SERVICIOS ALTERNOS O EN CASO DE DESASTRE.

Signature of Client/Firma del Paciente

Date/Fecha

Signature of Nurse/Firma

Date/Fecha

GENERAL INSTRUCTIONS TO CLIENT ON USE OF THIS FORM:

This information is provided to you as a quick reference source in case any emergency occurs. Keep this document where it can easily be found. Inform other persons close to you (relative, neighbor, etc.) of its location.

1. **Our Agency has a nurse on call 24 hours a day. You can reach the nurse through our phone number, After office hours and on weekends an answering service will reach the nurse and he/she will return your call and come to see the client if necessary, or simply answer any questions you may have.**
2. **In case of a serious medical emergency, the client should be taken to the hospital. Our Agency does not operate as an emergency service, therefore valuable time may be lost by contacting the Agency for a serious emergency such as diabetic coma, severe chest pain, unconsciousness, etc.**
3. **Ambulance service number is 911.**

CLASSIFICATION

(Please circle the correct classification for client)

D1- Category 1

Clients who cannot safely forgo care: highly unstable clients with high probability of inpatient admissions if home care is not provided: IV therapy, highly skilled wound care, with no family/caregiver, no sustaining medication or equipment.

D2-Category 2

Client whose condition recently worsened: moderate level of skilled care. That should be provided that day, but could postpone visit until emergency situation improves. Client with untrained families/caregivers who could provide basic care in an emergency.

D3-Category 3

Client who can safely forgo care or a scheduled visit including Home Health Aide visits, Clients receiving routine supervisory visit, evaluation visits. Client with 1 or 2 visits/ week, or Clients who have a competent family/caregiver.

D4-Category 4

Patient who refused information, or signed the registration release form releasing the Agency from evacuation responsibilities.

INFORMACIÓN GENERAL PARA EL PACIENTE SOBRE ESTE FORMULARIO. Esta información es en caso de una Emergencia. Deben de dejar este formulario en un lugar rápido de encontrar, (Dígale a su familia, Vecinos, etc) donde se encuentra este formulario.

1. *Nuestra Agencia tiene un Representante en servicios las 24 hora al día. Usted se puede comunicar con la agencia llamando a nuestro teléfono después de hora o fin de semana, la agencia llamará a la persona que se encuentre "ON CALL" (de guardia). Esta persona le devolverá su llamada.*
2. *En caso de una EMERGENCIA, el paciente debe ser llevado(a) al hospital más cercano. Nuestra Agencia No opera como un servicio de Emergencia.*
3. *Para llamar a una AMBULANCIA, deben marcar el 911.*

CLASIFICACION

(favor de circular la clasificación del paciente)

D1 (category 1)

Paciente que no se puede dejar sin servicio, muy inestable, con gran probabilidad de Ingreso si el cuidado en la casa no es proveído: terapia IV, cuidado de ulceras, sin familiar/encargado, medicación o equipos de por vida.

D2 (category 2)

Pacientes cuyas condiciones empeoraron recientemente, moderado nivel de cuidado, que debe darse según calendario, pero puede posponerse hasta que la situación de emergencia mejore. Pacientes con familiares/encargados no entrenados, pero que pueden dar cuidados básicos en emergencias.

D3 (categoria 3)

Pacientes que de una forma segura se puede dejar de visitar, incluyendo la asistente de enfermera, clientes recibiendo rutinarias visitas de supervisión, evaluación. Clientes con 1 a 2 visitas por semana, o clientes que tienen familiares/encargados entrenados y competentes.

D4 (Categoria 4)

Rehusó dar información, o liberó a la Agencia de Responsabilidades de Evacuación.

GRIEVANCE PROCEDURES

1. Any person, who believes he or she has been subjected to discrimination, or otherwise denied equitable and fair treatment, may file a grievance under this procedures. The Agency will not retaliate against anyone solely for filing a grievance or cooperation in the investigation of a grievance.
2. Grievances must be submitted to the Agency within thirty (30) days of the date the person filing the grievance becomes aware of the action.
3. A complaint should be in writing/phone, containing the name and address of the person filing it. The complaint must state the problem or action alleged to have occurred and the remedy or relief sought by the grievant.
4. The Director of Nursing or Administrator shall conduct an investigation of the complaint to determine its validity. This investigation may be informal, but it has to be thorough, affording all interested persons the ability to submit evidence relevant to the complaint.
5. The Director of Nursing will maintain the files and records of the Agency relating to such grievance.
6. The Director of Nursing will issue a written decision on the grievance no later than thirty (30) days after its filing.
7. The grievant may appeal the decision of the Director of Nursing by filing an appeal in writing to the Administrator of the Home Health Agency within fifteen (15) days of receiving the Director of Patient Service's decision.
8. The Administrator shall issue a written decision in response to the appeal no later than thirty (30) days after filing.
9. The availability and use of the grievance procedure does not preclude a person pursuing other remedies accorded by local, State and Federal laws and regulations.

PROCEDIMIENTOS DE QUERELLAS O QUEJAS

1. Cualquier persona que crea que el o ella ha sido víctima de discriminación o en cualquier otra forma le ha sido negado un tratamiento justo y equitativo puede plantear una querrela bajo este procedimiento. La agencia no tomará represalia alguna en contra de nadie solamente por haber presentado o por cooperar en la investigación de una querrela.
2. Las querellas deben someterse a la Agencia dentro de un término de treinta (30) días de la fecha que la persona que está radicando la querrela conoce de la acción que motiva la misma.
3. La queja debe someterse por escrito/teléfono, conteniendo el nombre y dirección de la persona que la radica. La queja debe explicar el problema o acción que alegadamente ocurrió y la solución o remedio que busca el querellante.
4. El Director de Enfermería debe llevar a cabo una investigación de la queja para determinar su validez. Esta investigación puede ser informal, pero debe ser completa, dando la oportunidad a todas las personas interesadas a someter evidencia relevante a dicha queja.
5. El Director de Servicios de Enfermería mantendrá los archivos y expedientes de la agencia relacionados con la querrela.
6. El Director de Enfermería proveerá por escrito su decisión respecto a la querrela, en un termino de treinta (30) días después de haber sido planteada o sometida.
7. El querellante puede apelar la decisión tomada por el Director de Enfermería, dirigiéndose por escrito al Administrador de la Agencia en el plazo de quince (15) días después de haber recibido la decisión del Director de Enfermería.
8. El Administrador de la agencia proveerá su decisión por escrito, en respuesta a la apelación, en un término de quince (15) días después de haber sido sometida la misma.
9. El uso de la leyes y regulaciones Estatales y Federales están a la disposición del querellante, en el caso de que desee recurrir a ellas.

Patient's Signature/Firma del Paciente

_____/_____/_____
Date

Employee's Signature/Firma del Empleado

MR #

