

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/Patient (Cliente/Paciente) Caregiver (Familiar/persona Encargada)

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's Data/Datos del Paciente:

Allergies: NKA Penicillin Sulfa Aspirin Pollen Iodine **Special needs:** _____

Alergias: Other: _____ Necesidades especiales: _____

Medications See medication scheduled (part of Emergency plan) (Ver el registro de medicinas, parte del Plan de Emergencia)

Comments _____

Comentarios _____

Supplies/DME: Walker W/C Cane Commode Hoyerlift O₂ concentrator Gloves Alcohol Pads

Equipos médicos: Hospital Bed Sharp Container 4x4 Gauze Other: _____

Pharmacy/Phone/Farmacia/teléfono: _____

Address/Dirección: _____

Doctor: _____ phone: _____

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

IN CASE OF NURSING OR RELATED PROBLEM CALL THE AGENCY AT PHONE IN THE COVER

(EN CASO DE PROBLEMA CON EL SERVICIO O SI QUIERE COMUNICARSE LLAME A LA AGENCIA AL TELEFONO EN EL COVER)

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

(Puede llamar a su enfermera/ro al teléfono) (24 hrs a day, 7 days a week, 24 hrs/día, 7 días/semana)

Name/Nombre: _____

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

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 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 _____

www.pnsystem.com (Specialized in clinical forms)

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 (in the cover of the book), 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, life 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 número de teléfono (en la cubierta del libro), después de hora o fin de semana, la agencia llamará a la persona que se encuentre "ON CALL" (de guardia), Esta persona le devolverá la 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 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 úlceras, 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.

Effective Home Health Care

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)

CLIENT'S EMERGENCY CLASSIFICATION (CIRCLE ONE)

D1 D2 D3 D4

Date/Fecha: _____ Client/Cliente: _____ MR# _____

Information obtained by: _____ Client/Cliente: _____ Caregiver/Familiar Encargado _____

If caregiver, relationship to patient/Relacion: _____

Patient's Data/ Datos del paciente:

Allergies/Alergias: _____

Diet/Dieta: _____

Special Needs/Necesidades especiales: _____

Attach Medications sheet:

Supplies/DME/Equipos Medicos: _____

DME Name/Nombre: _____

Address/Direccion: _____

Phone/Telefono: _____

Pharmacy/Farmacia: _____

Address/Direccion: _____

Phone/Telefono: _____

Doctor: _____ Phone/Telefono: _____

In case of an emergency notify/En caso de emergencia notificar:

Name/Nombre: _____

Address/Direccion: _____

Phone/Telefono: _____

In the event of a Hurricane or other natural disaster I will/

En caso de un huracan u otro desastre natural:

_____ **Stay Home/Me quedare en casa** (If you are receiving medication or cannot care for your self there must be a person identified that will be responsible for your care during this emergency at your home)

Name/Nombre: _____

Address/Direccion: _____

Phone/Telefono: _____

Demonstrates accurate procedures: _____ Comments: _____

_____ **Stay with family/voy con familiares** (If you are receiving medication or cannot care for your self there must be a person identified that will be responsible for your care during this emergency at your home)

Name/Nombre: _____

Address/Direccion: _____

Phone/Telefono: _____

Demonstrates accurate procedures: _____ Comments: _____

_____ **Go to a shelter/voy a refugio:** Shelter/Refugio: _____

Address/Direccion: _____

Phone/Telefono: _____

Demonstrates accurate procedures: _____ Comments: _____

_____ **Go to a Hospital if medical necessary/Ira a un hospital, si es medicamente necesario**

Hospital name/nombre: _____

EVACUATION: (NEED TRANSPORTATION) _____ YES _____ NO

Registered with County: YES _____ NO _____

COMMENTS: _____
