



**HOME OXYGEN SAFETY CHECKLIST**  
*Chequeo de seguridad si hay servicio de Oxígeno en la casa*

Patient \_\_\_\_\_ Med.Rec.#: \_\_\_\_\_

Issue/Chequear	Yes	No	Comments/Comentarios
Does patient smoke/ <i>Paciente Fuma</i>			
Does anyone in household smoke/ <i>Alguien fuma en la casa</i>			
Evidence of smoking materials, i.e. lighter, cigarettes / <i>Evidencia de materiales quemados, Ejemplo: encendedor, cigarros</i>			
Cooks or heats with gas stove/ <i>Cocina o calentador de gas</i>			
Open flames, i.e. candles present, wood burning stove or fireplace/ <i>Llamas abiertas, velas, cocina leña</i>			
Functioning smoke detector present/ <i>Detector de humo funcionando</i>			
Oxygen cylinders either in a stand or lying flat and not stored next to heat source or in a confined space (small closet)/ <i>Cilindro de oxígeno parado o acostado, no guardado cerca de fuentes de calor o espacios pequeños</i>			
No smoking sign posted on front exterior door/ <i>Señal de No Fumar puesta en la puerta exterior</i>			

**Education provided/Educación proveída:**

- Do not smoke near oxygen *No fumar cerca del oxígeno*  
 Obtain smoke detector *Obtener detector de humo*  
 Change battery *Cambiar baterías*  
 Post "No Smoking" sign *Usar la señal de "No Fumar"*

**Action Plan for Non-Adherence/Plan de acción si no se adhiere a la seguridad:**

- Patient Advised of Dangers & Consequences *Paciente advertido de los peligros y consecuencias*  
 Oxygen Safety Contract *Contrato sobre seguridad de O2*  
 Physician Contacted *Médico contactado*

*Evaluación completada por (Nombre, Título, firma)*

**Assessment Completed by (Name, Title, Signature)** \_\_\_\_\_

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



## OXYGEN SAFETY CONTRACT *(Spanish translation in the back)*

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

\_\_\_\_\_ has the responsibility to ensure the health and safety of both our employees as well as our patients. It is important that our patients are well educated about the risks associated with using oxygen in the home. Whenever oxygen gas is introduced to a heat source, such as cigarettes, open flame, oxygen will accelerate combustion and ignite a fire on myself and those around me. The following concern(s) regarding oxygen have been identified:

- Patient and/or Caregiver smokes
- Gas appliances in use (for example: stove, hot water heater)
- Open flames present, such as candles, barbeque, fireplace usage, wood burning stove
- No functioning smoke detector(s)
- Other: \_\_\_\_\_

The possible consequences of these safety issues if not corrected are a **home fire and/or explosion**. People at risk for injury/death are not only myself but also those living within the home, visitors, neighbors, community rescue workers and home care employees.

**The Agency recommends** the following actions be taken to promote safety and reduce risks of injury or death:

- No smoking.** Smoking in the presence of oxygen is **very dangerous**.
- Turn off oxygen at least thirty minutes before needing to cook with a gas stove.
- Obtain smoke detector(s) and/or replace battery
- Other: \_\_\_\_\_

I acknowledge by signing below that I have been informed about the above safety risks, potential consequences, and actions which need to be corrected in order to safely use oxygen in the home environment, and I agree that I will comply with the recommendations noted above.

I further acknowledge that if I do not comply with above recommendations that the organization may discontinue services.

I hereby fully and forever release \_\_\_\_\_ and its employee's, agents, and affiliates, from any and all liability arising from a failure to comply with all safety concerns and recommendations listed on this form and agree to indemnify \_\_\_\_\_ for all costs, expenses, and/or damages which may arise from claims which may in any way relate to a failure to comply.

I understand that my physician \_\_\_\_\_ is aware of and in agreement with the above recommendations.

I further understand that my significant other(s): \_\_\_\_\_  
(Name & Relationship)

is aware of and in agreement with the above recommendations.

Patient or representative: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Agency Representative: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(Name, Title, Signature)

**CONTRATO DE SEGURIDAD DEL OXIGENO** (English version in the front)

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre Paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ tiene la responsabilidad de asegurar la salud y seguridad tanto de nuestros empleados como de nuestro pacientes. Es importante que nuestros pacientes estén bien educados sobre los riesgos asociados con el uso de oxígeno en el hogar. Cada vez que el gas oxígeno se introduce en una fuente de calor, como cigarrillos, el oxígeno acelera la combustión y encenderá un fuego afectando a mí y a los que estén a mi alrededor. Los siguientes peligros en relación con el oxígeno han sido identificados:

- Paciente y/o cuidador fuman
- Aparatos de gas en uso (por ejemplo, estufa, calentador de agua)
  - Llamas abiertas presentes, como velas, barbacoa, chimenea y uso de estufa de leña
- No funcionamiento de detector(es) de humo
- Otros: \_\_\_\_\_

Las posibles consecuencias del uso incorrecto de estas medidas de seguridad será **un fuego en la casa y/o una explosión.**

Las personas con riesgo de lesión/muerte no sólo seré yo, sino todos los que estén dentro de la casa, visitas, vecinos, trabajadores de rescate de la comunidad y empleados de atención domiciliaria.

**Nuestra Agencia recomienda** las siguientes acciones a ser tomadas para promover la seguridad y reducir los riesgos de lesiones o muertes.

- No fumar.** Fumar en presencia de oxígeno es **muy peligroso.**
- Apague el oxígeno por lo menos treinta minutos antes de tener que cocinar con una estufa de gas.
- Obtener detector(es) de humo y/o reemplazar las baterías.
- Otros: \_\_\_\_\_

Reconozco firmando abajo que yo he sido informado sobre los citados riesgos de seguridad, las consecuencias potenciales y las acciones que deben ser corregidas con el fin de utilizar de forma segura el oxígeno en el ambiente de la casa, y estoy de acuerdo que cumpliré con las recomendaciones anteriormente señaladas.

Además reconozco que si no cumplo con las recomendaciones anteriores que la Agencia puede discontinuar sus servicios.

Yo libero totalmente y para siempre \_\_\_\_\_ y a sus empleados, agentes y afiliados, de cualquier y toda responsabilidad derivada de la falta de cumplimiento con todas las medidas de seguridad y recomendaciones que figuran en este formulario y me comprometo a indemnizar \_\_\_\_\_ por todos los costos, gastos y/o daños y perjuicios que puedan derivarse de las reclamaciones que en alguna manera se relacionen con la falta de cumplimiento

Entiendo que mi médico \_\_\_\_\_ es consciente y esté de acuerdo con las recomendaciones anteriores.

Además, entiendo que mi representante: \_\_\_\_\_ es consciente  
(Nombre y Relación)

y está de acuerdo con las recomendaciones anteriores.

Paciente: \_\_\_\_\_

Representante de la Agencia: \_\_\_\_\_

**OXYGEN IN**

**USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXIGENO EN**

**USO**

***NO FUMAR!***

**OXYGEN IN**

**USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXIGENO EN**

**USO**

***NO FUMAR!***

**OXYGEN IN**

**USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXIGENO EN**

**USO**

***NO FUMAR!***

**OXYGEN IN**

**USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXIGENO EN**

**USO**

***NO FUMAR!***

**OXYGEN IN**

**USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXIGENO EN**

**USO**

***NO FUMAR!***

**OXYGEN IN**

**USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXIGENO EN**

**USO**

***NO FUMAR!***

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

**OXYGEN**

305.818.5940  
3-A M P  
www.primisystem.com

**Patient with  
Oxygen Therapy**  
*(encourage Precaution)*

**Patient with  
Oxygen Therapy**  
*(encourage Precaution)*

**Patient with  
Oxygen Therapy**  
*(encourage Precaution)*

**Patient with  
Oxygen Therapy**  
*(encourage Precaution)*

**Patient with  
Oxygen Therapy**  
*(encourage Precaution)*

**Patient with  
Oxygen Therapy**  
*(encourage Precaution)*

**Patient with  
Oxygen Therapy**  
*(encourage Precaution)*

**Patient with  
Oxygen Therapy**  
*(encourage Precaution)*

**Patient with  
Oxygen Therapy**  
*(encourage Precaution)*

305.818.5940  
S A M P L E  
www.pnsystem.com

**OXYGEN IN**  
**USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXYGEN IN**  
**USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXYGEN IN**  
**USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXYGEN IN**  
**USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXYGEN IN**  
**USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXYGEN IN**  
**USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXYGEN IN**  
**USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXYGEN IN**  
**USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXYGEN IN**  
**USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXYGEN IN**  
**USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXYGEN IN USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXYGEN IN USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXYGEN IN USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXYGEN IN USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXYGEN IN USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXYGEN IN USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXYGEN IN USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXYGEN IN USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXYGEN IN USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXYGEN IN USE**



***DO NOT SMOKE!***

**OXYGEN IN USE**



***DO NOT SMOKE!***

305.818.5940  
S A M P L E  
www.pnsystem.com