

## CLIENT INFORMATION HANDBOOK

### TABLE OF CONTENTS

	<b>ENGLISH</b>
Welcome letter	Inside Front Cover
Agency's Regular Business Hours	Inside Front Cover
Protection from Abuse, Neglect and/or Exploitation / Complaints	Inside Front Cover
Our staff information	Inside Front Cover
Table of Contents (Index)	Page 1
Home Health Care Definitions	Page 2
Home Health Disciplines	Page 2
TIPS to reach Maximum Independence	Page 2
Hours of Operation and Emergency Services	Page 3
Information to Persons with Sensory Impairments	Page 3
Ethics Issues	Page 3
Non-Discrimination (The Law)	Page 3
Confidentiality	Page 3
Diminished Vision Rehabilitation	Page 4
Patient's Rights, Complaints, Grievance	Page 4
Patient responsibility	Page 4
Language Assistance Services	Page 4
Techniques to battle depression	Page 4
Minimum Charge for our services	Page 4
Home Care National Patient Safety Goals	Page 4
Fraud Prevention	Page 4
Services	Page 4
Eligibility Criteria for Admission	Page 5
10 common Flu Myths	Page 5
The Home Health Aide	Page 5
Information regarding the disposal of Biohazardous Waste	Page 5
Home Care and Alzheimer's	Page 5
What I Have to know about Medication Safety	Page 6
Who is responsible for your Medicines?	Page 6
Oxygen Safety at Home	Page 6
Take care of yourself / Take care of your Diabetes	Page 6
Pain Management	Page 6
Precautions to Prevent Falls	Page 6
Medical Devices, Home Medical Equipment precautions	Page 7
Help prevent Errors in your care, be Involved	Page 7
Basic Safety Guidelines: Home Environment	Page 7
Home Safety and Emergency Exit Plan	Page 7
Smoke Detectors	Page 7
What you can do to prevent Infections	Page 8
Infection Control Procedures	Page 8
Get Shots to avoid diseases and fight the spread of Infections	Page 8
Staff Universal/Standard precautions procedures	Page 8
Respiratory Hygiene Practices	Page 8
Policy on Advance Directives	Page 9
Information on Advance Directives (The Patient's rights to decide)	Page 9
Notice of Privacy Practices (HIPAA)	Page 10, 11
Hospitalization Risk Management	Page 11
Understand your Doctor and other caregivers	Page 11
Hurricane Emergency Instructions for People with Special Needs	Inside Back Cover
Resources Guide	Inside Back Cover

*(In the case of the complete Sign Up Package, all Admission Forms/Consents are located between the English-Spanish Patient Information Handbook pages).*

## DEFINITIONS

**"Administrator"** must be a licensed physician, physician assistant, or registered nurse licensed to practice in this state or an individual having at least 1 year of supervisory or administrative experience in home health care or in a related facility, and who is responsible for overseeing all the Agency's activities.

**"Admission"** means a decision by the home health agency, during or after an evaluation visit to the patient's home, that there is reasonable expectation that the patient's medical, nursing, and social needs for skilled care can be adequately met by the agency in the patient's place of residence. Admission includes completion of an agreement with the patient or the patient's legal representative to provide home health services.

**"Client"** means an elderly, handicapped, or convalescent individual who receives home health skilled or non skilled, companion or homemaker services in the individual's home or place of residence.

**"Director of Nursing"** means a registered who has at least 1 year of supervisory experience as a registered nurse; and who is responsible for overseeing the professional nursing and home health aid delivery of services of the agency.

**"Home Health Agency"** means an organization that provides home health services and staffing services.

**"Home health agency personnel"** means persons who are employed by or under contract with a home health agency and enter the home or place of residence of patients at any time in the course of their employment or contract.

**"Home health services"** means health and medical services and medical supplies furnished by an organization to an individual in the individual's home or place of residence. The term includes organizations that provide one or more of the following:

### HOME HEALTH DISCIPLINES: ALSO WE OFFER BEHAVIORAL SERVICES: Analyst, Technician, Assistants

**NURSING SERVICES:** Our team of Nurses have been thoroughly screened and trained to meet the challenges of day to day activities and are required to attend continuing educational classes to stay up-to-date with the latest changes, discoveries, and treatments in the medical/Nursing field. Our **Nurses** provide services for: Wound Care Management, Cardiac Care, Post-Operative Care, Parenteral & Enteral Nutrition therapy, Diagnosis teaching and instructions, Safety Measures & Precautions, Instructions on Medication regime, High Tech IV therapy and Infusion, Respite Care, Diabetic Care Management, etc.

**AIDE SERVICES:** Home Health Aides provide Personal Care to our patients under the supervision of a Registered Nurse or a Registered Therapist. **Home Health Aides provide:** Personal Care, Assist with bathing, Prepare and serve light meals, Light housekeeping, Assist with ADL's, Assist with ambulation and transfers, Assist with self administration of medications, and provide Companionship.

**THERAPY SERVICES:** Our highly skilled therapists evaluate each patient's physical impairments and functional limitations and establish a Care Plan in coordination with the patient's physician to achieve optimal rehab outcomes. Our **Therapist** can offer:

**Physical therapy** services, assist in restoring and maintaining maximum musculoskeletal functions. From hip fractures to sprains to patients with unsteady gait, our therapist are specialized in helping the patient restore their confidence in their ability to ambulate themselves throughout their living environment.

**Speech Therapy** assists in improving swallowing disorders and communicative activities of daily living.

**Occupational Therapy** strives to improve the level of independence in day to day living activities.

**MEDICAL SOCIAL WORKERS:** Facilitate long term planning to promote independence and to explore opportunities available through the variety of community resources designed to assist the elderly with personal concerns alleviating anxieties and psychological traumas.

Our **QUALITY ASSURANCE PROGRAM** is designated to systematically monitor, measure, and evaluate care standards, appropriateness of care and services provided to assure clients with the highest possible level of service. That's why every service we provide is supervised by our professionals and administered from the initial consultation to recovery or treatment completion.

It is the **policy** of our Agency that home health services shall be available and shall be rendered to the total population of our area of services, regardless of the recipient's race, sexual orientation, religion, age, sex, disabilities, ethnic/cultural background, or national origin.

### PATIENT EDUCATIONAL TIPS: **HOW TO REACH MAXIMUM INDEPENDENCE** TIPS for Patients:

Try to make at least minor decisions for yourself. Make sure that you know your rights as individuals such as when to bathe, eat, have visitors, etc. Try to do as much for yourself as possible when it comes to picking out clothes, deciding what activities to do and trying to dress yourself. Request to be looking as an individual....what you like and dislike, by allowing you to do as much as you can for yourself, always getting the staff/family to offer choice. Request to be allowed to speak and not be spoken over and respected for your possible different cultures and beliefs. Try reassessing guidelines for each of you on a regular basis to ensure any changes are monitored, example medication, etc as this can have an affect on you or your health. Try to participate in activities that you can carry out, like helping with the shopping, writing letters or making calls.

In many situations, social services are needed by adults who are receiving home health services. Our nurses or therapist may request orders for social services to your physician. In addition to these referrals, a request for social services may be initiated by you or by another individual acting upon behalf of you. The social worker is responsible for providing the indicated services or for referral to the appropriate resource outside our Agency if the services are not available within our scope of services. Among the services provided by the social worker are: Services which will enable individuals to attain and/or maintain as good physical and mental health as possible; Services to assist patients who are receiving care outside their own homes in planning for and returning to their own homes or to other alternate care; Services to encourage the development and maintenance of family and community interest and ties; Services to promote maximum independence in the management of their own affairs; Protective services, including evaluation of need for and arranging for guardianship; and Appropriate family planning services which include assisting the family in acquiring means, food or other needed resources. Services are offered in making the necessary referral and follow-up.

## HOURS OF OPERATION AND EMERGENCY SERVICES

All clients/caregivers will be provided with the information regarding service hours of the Agency (see Inside Front Cover) and access to staff for emergencies. Agency will provide adequate, qualified staff for emergency response and troubleshooting related to any services provided to client/caregiver. **Emergency Response:**

1. On initial visit, client/caregiver will be provided with an Agency business card and telephone number, and will be educated on the Agency's twenty-four (24) hours, seven (7) days per week, availability of Home Care staff.
  2. Phone calls may be made to the Agency during the office regular business hours Monday-Friday to reach the office staff.
  - a) Emergency calls may be handled after office hours and on weekends by dialing the office number.
    1. Notify the answering service of your name/phone number and a representative will contact you ASAP.
    2. If caller chooses only to leave a message, the Agency staff will follow up the call on the next business day.
    3. Emergency Services are available after office hours, including weekends and on holidays.
    4. All clients/caregivers are instructed on admission to contact 911 in the event of a life threatening emergency.
  - b) On-call representatives will handle all problems, or will contact the Director of Nursing for clinical issues.
  - c) The Director of Nursing/On-Call Nurse is responsible for determining the necessity for a home visit, notifying the physician and/or taking other appropriate actions.
3. The on-call representative will keep a log of all calls and actions taken.

## INFORMATION TO PERSONS WITH SENSORY IMPAIRMENTS

Our Agency will take steps as necessary to ensure that qualified persons with disabilities, including those with impaired sensory or speaking skills, receive effective notice concerning benefits of services or written material concerning waivers of rights or consent to treatment. All aids needed to provide this notice are provided without cost to the person being served. The identification of special needs and disabilities are a part of the referral process. Information regarding special services will be posted and presented to individuals upon admission.

**For Persons With Hearing Impairments:** The Agency will make a maximum effort to contract a qualified sign-language interpreter for persons who are deaf/hearing impaired and who use sign-language as their primary means of communication. The following agency offers the needed services:

**The Florida Coordinating Council for the Deaf and Hard of Hearing:** 4052 Esplanade Way, Bin #A06. Tallahassee, FL 32399  
Voice: 850-245-4913 Toll Free Voice: 866-602-3275 TTY: 850-245-4914 Toll Free TTY: 866-602-3276

**For Persons With Visual Impairments:** Staff communicate the content of written materials concerning the benefits, services, waivers of rights, and consent to treatment forms by reading them out loud to visually impaired persons. Large print, taped and braille materials are available upon request. Please contact the Director of Social Services for these materials.

**For Persons With Speech Impairments:** Writing materials, TDD, computers, and communication boards are available to facilitate communication concerning program services and benefits, waivers of rights and consent to treatment forms.

## ETHICS ISSUES

All of our employees will provide care and services to our clients within the Ethical framework established by the home health care standards, professional requirements and the law during the performance of their duties.

## NON-DISCRIMINATION POLICY

As a recipient of Federal financial assistance, our Agency does not exclude, deny benefits to or otherwise discriminate against any person on the grounds of race, color, national origin, disability or age in admission to, participation in, or receipt of the services and benefits of any of its programs and activities or in employment therein, whether carried out by our Agency directly or through a contractor or any other entity with which our Agency arranges to carry out its programs and activities.

This statement is in accordance with the provisions of Title VI of the Civil Rights Act of 1964, Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, the Age Discrimination Act of 1975, and Regulations of the U.S. Department of Health and Human Services issued pursuant to the Acts, Title 45 Code of Federal Regulations Part 80, 84, and 91. (Other Federal Laws and Regulations provide similar protection against discrimination on grounds of sex and creed.)

In case of question please contact the Agency Section 504 Coordinator, (Agency's information in the cover of the book).

## CONFIDENTIALITY

All information received by persons employed by or providing services to the Agency and/or received by the Agency through reports or inspections shall be deemed privileged and confidential, and shall be stored and maintained in such a manner as to maintain the confidentiality of same, following **HIPAA guidelines**. The above information shall include, but not be limited to, client records as well as personnel records. Accessibility to information shall be limited to authorized personnel within the Agency. Information shall not be disclosed without the written consent of the client/guardian and/or employee. Release of information shall be accomplished only upon the approval of the Agency Administrator and/or Designee. At the start of employment all employees shall be instructed in the confidentiality policy of the Agency, and will read and sign a "Confidentiality Statement". This shall become part of the employee's personnel record. Breach of confidentiality may be grounds for immediate termination of employment.

## DIMINISHED VISION REHABILITATION

Diminished vision is a visual deterioration not correctable by standard eye glasses, contact lenses, medicine, or surgery that interferes with a person's ability to perform everyday activities.

**What Causes Diminished Vision?** Impaired vision can result from a variety of diseases and injuries that affect the eye. Many people with impaired vision have age related diabetic retinopathy, macular degeneration, glaucoma or cataract.

**How Does Diminished Vision Affect People's Lives?** People with diminished vision experience physical, financial, and psychological changes that reduces their quality of life. Without proper assistance and training, patients may have difficulty using magnifying devices and completing necessary activities of daily living tasks such as: Meal preparation, Reading, Financial management, Home maintenance, Grooming, Shopping, Community and leisure activities An insurance beneficiary with impaired vision may be eligible for rehabilitation services designed to improve functioning, by therapy, to improve performance of activities of daily living including self-care and management skills in a home setting

## PATIENT'S RIGHTS, COMPLAINTS, GRIEVANCE

Our clients/caregivers have the option to exercise their rights, participate in their care plan, voice grievance/complaints and recommend changes in our policy and procedures without fear of reprisal or discrimination. Any complaint/concern brought to us (preferably to our administrator) will be thoroughly investigated, responded to in writing, including a corrective action plan if needed.

## PATIENT RESPONSIBILITY

As a home health care patient you have the responsibility to: Give accurate and complete health information concerning your past illness, hospitalization, medications, allergies, and other pertinent items, Assist in developing and maintaining a safe environment, Inform the Home Health Care Agency when you will not be able to keep a home health care visit, Participate in the development and update of your home health care plan and comply with prescribed medical regimen, Adhere to your developed (updated home health care plan), Request further information concerning anything you do not understand, Give information regarding concerns and problems you have to a home health care agency staff member. Agree to accept all care givers without regard to race, color, religion, sex, age, gender, preference, handicap, or national origin and provide a safe environment for our staff including pets (dogs, snakes, etc) and any kind of fire arms, Remain under a physicians care while receiving skilled services, Provide the Agency with all requested insurance and financial records, Signs required consents and release forms, Accept the responsibility of any refusal of treatment, reviewed and understand your responsibilities as described above.

## LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES

You are entitled to care in your preferred language. This service is provided at no charge to you, our agency's staff will make every attempt to meet your language needs. If you require additional assistance, please contact our office.

## TECHNIQUES TO BATTLE DEPRESSION

**Research it.** Find out as much as you can about depression, its causes, signs and symptoms, what conventional treatments are available. The more you know and understand about depression, the better prepared you will be to beat it. **Talk to someone about it.** A problem shared is a problem solved. Have you ever felt better by getting something off your chest? Of course you have. Did talking about a problem in the past help to put it into perspective and perhaps make it easier to deal with. **Don't be afraid to try new things.** Everyone is different and some people respond better to some things than others. **Keep a Depression Diary.** This can also help you unload your problems, thoughts and feelings but this time onto paper instead of to a real person. **Improve your diet.** I'm sure you will agree that many of us should try this whether we have depression or not. In relation to depression improving your diet can help improve your shape, appearance and fitness which in turn can help with self esteem.

## MINIMUM CHARGES FOR OUR SERVICES

Charge are per visits: RN, Therapist, Social Worker: \$100.00, LPN: \$95.00, HHA: \$65.00

This rate may vary according to Private Insurance, Copayments or Self Pay option (Ask our Admission Nurse/Therapist to explain to you the Section One and Two of our Service Agreement for more information about charges)

## HOME CARE NATIONAL PATIENT SAFETY GOALS

\* Identify patients correctly \* Use medicines safely \* Prevent infection \* Prevent patients from falling \*Identify patient safety risks

## FRAUD PREVENTION

**Key ways to protect yourself from fraud:** \* Review your claims summaries thoroughly to ensure you received each service listed and that all the details are correct. \* Never share (or allow to use for other person) your Medicare/Insurance Number, except with your doctors or other Medicare providers. Guard your social security/Medicare/Insurance number. \* Report suspected fraud by calling 1-800-MEDICARE, or your Insurance carrier. The sooner you see and report errors, the sooner Medicare/Insurance can investigate and stop the fraud.

## SERVICES

This Agency can provide a single service or a combination of services in your home, all under the direction of a physician. Working with your doctor, our qualified staff will plan, coordinate and provide care tailored to your needs. Our services may include: Skilled Nursing, Home Health Aide (Nursing Assistant), Physical, Occupational, and Speech Therapy, Infusion (IV therapy), Medical Social Workers, Homemaking, Personal Care and Companion Services.

[www.pnsystem.com](http://www.pnsystem.com)

## ELIGIBILITY CRITERIA FOR ADMISSION

Admission to this Agency can only be made under the directions of a physician (skilled cases), based upon the patient's identified care needs, homebound status (if is required by insurance), and the type of services required that we can provide directly or through coordination with other organizations. If we cannot meet your needs, either directly by our Agency or indirectly through service agreement with other providers, we will not admit you or will not continue to provide services to you.

## 10 COMMON FLU MYTHS

**1. You can get the flu from the immunization.** The influenza vaccine is made from inactivated virus and can't transmit infection. **2. I had the flu even though I was immunized, so the influenza vaccine didn't work.** Influenza vaccine is designed to cover the top 3 viruses, but a person may get a different influenza virus that is not included in the vaccine. **3. Healthy people don't need immunizations.** Current recommendations include one seasonal annual immunization for everyone over 6 months of age. Also, caregivers and health care workers need immunized to avoid spreading the influenza virus. **4. Influenza vaccine is not safe for pregnant women.** Pregnant women should receive influenza vaccine because there is a reduction in the immune system and a high proportionate death rate during pregnancy. **5. Influenza immunizations are not needed every year.** The influenza viruses change and mutate each year. **6. It is better to wait and get the influenza immunization later in flu season.** Immunity from the influenza vaccine lasts the entire flu season. It's best to receive the immunization early in the fall since the flu season is fall and winter (up through May) with the peak usually late November – March. **7. Influenza is the same as a "bad cold."** The flu may cause "bad cold" symptoms, but a significant number of people are hospitalized or die from the flu every year. **8. You can't spread the flu if you feel well.** 20% -30% of people with the flu are asymptomatic. A person is infectious 1 day prior to s/s of flu to 5 – 7 days after onset of s/s. **9. You can catch influenza from going out in the cold and not wearing a coat/ hat or going out with wet hair, etc.** The influenza viruses are only spread with direct contact with people who sneeze, cough, or talk closely to you. **10. Antibiotics are necessary with the flu.** Antibiotics do not work against viruses.

## THE HOME HEALTH AIDE

The Home Health Aide is an employee who has been specifically trained to provide personal care and related services to the patient. In order to receive an aide, you must be receiving the services of a registered nurse, physical therapist or speech therapist. The Home Health Aide MUST perform personal care:

1. Bath, sponge or shower 2. Shampoo 3. Skin care 4. Make patient's bed only. Additional duties which may be included at each visit: Laundering Personal undergarments only: i.e. nightgowns and pajamas, Straighten bathroom- Clean tub and sink, Ambulation if requested by nurse or therapist, Meal preparation-One light meal of sandwiches, salad or soup. Aide will wash dishes associated with this meal.

DUTIES THAT MAY NOT INCLUDED IN SERVICES: Mopping floors, Re-lining drawers, Bathing Pets, Washing windows and furniture, Shopping at more than one store, Defrosting and cleaning refrigerators, Transporting patients in aide's cars, Cleaning ovens, Vacuuming , Wiping or washing walls, Vacuuming any room other than patients bedroom

SERVICES MAY NOT COVER HOUSEKEEPING OR COMPANION SERVICE (if not authorized by your insurance).

In the event that the patient is alone and unable to physically assume household duties, or, if the patient's spouse is equally disabled, the Home Health Aide may also assume responsibility for:

1. Shopping - once a week 2. Laundry- for patient only 3. Prepare meals for patient only 4. Wash dishes for patient

Because of the number of patients and the traveling involved, we are unable to promise specific times of day for each visit, however, every effort will be made to accommodate your schedule and needs. If you have a Doctor's appointment, please call our office the day before and we will schedule our visits around your doctor's visits.

## INFORMATION REGARDING THE DISPOSAL OF BIOHAZARDOUS WASTE

If Patients require Biohazardous Waste Disposal while rendering medical treatment in your house, the Agency will be placing a biohazardous waste container in your home. We are required by state law to dispose of biohazardous waste in this manner. The waste box or sharps container in your home is only to be used to dispose of biohazardous waste. This container is not to be used for any other purpose. Our agency has contracted with \_\_\_\_\_ to pick up this waste within twenty-eight days after set up. The waste must be removed within this time limit in order to comply with state law. The above company will contact you to arrange for pickup of the container within the time frame mentioned above. Please help us by accommodating them when they call. **THE WASTE CONTAINER MUST STAY INSIDE YOUR HOME UNTIL IT IS REMOVED BY THE WASTE MANAGEMENT COMPANY. NEVER PUT THE WASTE CONTAINER IN THE GARBAGE OR OUTSIDE YOUR HOME FOR ROADSIDE PICKUP. THIS IS ILLEGAL! IF IT HAPPENS OUR AGENCY OR YOU COULD FACE PROSECUTION IF THE WASTE HARMS ANOTHER PERSON.** If you need your container removed prior to the scheduled pickup or you have any questions regarding the waste management system in your home, call our Agency office and speak to your case manager. If you would like to continue this service after you have been discharged from home health services please call the above company.

## HOME CARE AND ALZHEIMER'S

Home care is a very helpful choice for both the person with Alzheimer's disease and their families because it provides the very kind of care that is most important – service in the comfort and familiarity of the patient's own place of residence. Criteria for home care admission, for persons with end stage dementia, may not always be well known - the issues of mobility, nutrition and weight, verbal communication, problems with infection and overall decline are evaluated. The psychological and physical support provided by home care teaching and supportive equipment can greatly relieve the family caregiver. Caring for a person with Alzheimer's Disease (AD) is a challenge that calls upon the patience, creativity, knowledge, and skills of each caregiver. Our home health agency treats patients with every kind of terminal condition and many different forms of dementia, including persons with ADRDs. A proper assessment of a patient addresses the needs of the person and his or her caregivers and family in a comprehensive fashion. This is especially important to the family of a person suffering from ADRDs, since this person may have difficulty communicating his or her needs to family members. More than those with other diseases, these patients spend a long period at the end of their lives bed bound, mostly unresponsive, and in need of total care. As with all of our patients, it is the goal of our home care program to care for the ADRD patient while supporting and comforting family and loved ones regardless of the setting or the patient's daily abilities.

## WHAT I HAVE TO KNOW ABOUT MEDICATION SAFETY

What is the name of each medicine? \* What is it for? \* What time should I take it? \* How much of it should I take each time? \* How should I take it? \* Should I take it with food? \* How long should I take it? \* What should I do if I miss a dose? \* Are there any side effects? What should I do if I have any? \* Is it safe to combine the medicines that I am taking, including over-the-counter medicine, vitamins or herbals? \* What food, drink or activities should I avoid while taking it?

## WHO IS RESPONSIBLE FOR YOUR MEDICINES?

**A lot of people-including you!**

**Doctors** check all of your medicines to make sure they are OK to take together.

**Pharmacists** will check your new medicines to see if there are other medicines, foods or drinks you should not take with your new medicines.

**Nurses and other caregivers** may prepare medicines or give them to you.

**What if you forget the instructions for taking a medicine or are not sure about taking it?** Call your doctor or pharmacist.

Don't be afraid to ask questions about any of your medicines.

## OXYGEN SAFETY AT HOME

Oxygen can be used safely at home. These are the rules for **Oxygen Safety**: Oxygen is a drug, too much or too little oxygen may be harmful, use the amount ordered by your Doctor. Do not change the amount of oxygen you are using without first checking with him. If you feel you are not getting enough oxygen, talk to your Doctor. **Fire safety**, Oxygen itself does not burn. Oxygen can feed a spark and cause it to become a large fire in seconds. Follow these rules to prevent a fire: NO Smoking, avoid open flames, do not use equipment with frayed cords or electrical shorts, avoid using electric razors and hair dryers while using oxygen, do not use an appliance with a control box such as a heating pad, Avoid static electricity, avoid nylon or woolen clothing, **Proper storage and handling of oxygen**, store liquid and cylinder oxygen away from heat and direct sunlight, place cylinders in a secure up right holder, never apply any oily substances around oxygen.

## TAKE CARE OF YOURSELF / TAKE CARE OF YOUR DIABETES

**Diabetes mellitus**: Diabetes mellitus affects up to 5% of the population in the US, almost 14 million people

**Definition**: A disorder caused by decreased production of insulin, or by decreased ability to use insulin. Insulin is a hormone produced by the pancreas that is necessary for cells to be able to use blood sugar. **Causes, incidence, and risk factors**: The cause of diabetes mellitus is unknown, but heredity and diet are believed to play a role in its development. People with diabetes have the same nutritional needs as anyone else. Along with exercise and medications (insulin or oral diabetes pills), nutrition is important for good diabetes control. By eating well-balanced meals in the correct amounts, you can keep your blood glucose level as close to normal (non-diabetes level) as possible. **What foods are healthy?** No single food will supply all the nutrients your body needs, so good nutrition means eating a variety of foods. You and your dietitian/doctor should work together to design a meal plan that's right for you and includes foods that you enjoy together with your medication plan. A diabetes meal plan is a guide that tells you how much and what kinds of food you can choose to eat at meals and snack times. A good meal plan should fit in with your schedule and eating habits. The right meal plan will also help keep your weight where it should be. Whether you need to lose weight, gain weight, or stay where you are, your meal plan can help.

## PAIN MANAGEMENT

There are many different causes and kinds of pain. **Questions To Ask Your Caregivers**: \* What pain medicine is being ordered or given to you? \* Can you explain the doses and times that the medicine needs to be taken? \* How often should you take the medicine? \* How long will you need to take the pain medicine? \* Can you take the pain medicine with food? \* Can you take the pain medicine with your other medicines? \* Should you avoid drinking alcohol while taking the pain medicine? \* What are the side effects of the pain medicine? \* What should you do if the medicine makes you sick to your stomach? \* What can you do if the pain medicine is not working? \* What else can you do to help treat your pain?

## PRECAUTIONS TO PREVENT FALLS

Many falls can be prevented. By making some changes, you can lower your chances of falling.

**Four things YOU can do to prevent falls:** ① **Begin a regular exercise program** Exercise is one of the most important ways to lower your chances of falling. It makes you stronger and helps you feel better. Lack of exercise leads to weakness and increases your chances of falling. Ask your doctor or health care provider about the best type of exercise program for you.

② **Have your health care provider review your medicines** Have your doctor or pharmacist review all the medicines you take, even over-the-counter medicines. As you get older, the way medicines work in your body can change. Some medicines, or combinations of medicines, can make you sleepy or dizzy and can cause you to fall.

③ **Have your vision checked** ④ **Make your home safer** Remove things you can trip over (like papers, books, clothes, and shoes) from stairs and places where you walk. Remove small throw rugs or use double-sided tape to keep the rugs from slipping. Keep items you use often in cabinets you can reach easily without using a step stool. Have grab bars put in next to your toilet and in the tub or shower. Use non-slip mats in the bathtub and on shower floors. Improve the lighting in your home. As you get older, you need brighter lights to see well. Hang light-weight curtains or shades to reduce glare. Have handrails and lights put in on all staircases. Wear shoes both inside and outside the house. Avoid going barefoot or wearing slippers.

## MEDICAL DEVICES, HOME MEDICAL EQUIPMENT PRECAUTIONS

Medical Devices or Equipment, such as Oxygen, Glucometer, Supplies, Ambulation Devices, etc, can lead to serious problems, including incorrect or delayed diagnosis and treatment or patient injuries. **Please follow:**

\* Use & Look after all Devices, Inspect all Devices before use, select the correct, comfortable one, Ensure that the Device is working properly and set up safely, our staff must monitor the progress/function of the Device, in the event of a problem know how to respond to reduce the risks. \* Get any damaged Device checked by authorized technician \* Store Devices safely \* Keep any battery operated Device charged up \* Check that the Device is regularly maintained \* Check that any disposables are appropriate & safe to use \* Remember, a safe medical device is one that does not injure a patient, user or caregiver.

## HELP PREVENT ERRORS IN YOUR CARE, BE INVOLVED

Everyone has a role in making health care safe. That includes family members, caregivers, doctors and health care professionals. Home care organizations all across the country are working to make health care safe. As the patient, you can make your care safer by being an active, involved and informed member of your health care team. Speak up if you have questions or concerns. If you still don't understand, ask again. It's your body and you have a right to know. Pay attention to the care you get. Make sure you get the right treatments and medicines by the right home care professional. Don't assume anything. Educate yourself about your condition. Learn about the home care services you will get. Learn about your care plan. Ask a trusted family member or friend to be your advocate (advisor or supporter). Know what medicines you take. Know why you take them. Medicine errors are the most common health care mistakes. Use a home care organization that has been carefully checked out. Participate in all decisions about your treatment and the home care services you receive. You are the center of the health care team.

## BASIC SAFETY GUIDELINES: HOME ENVIRONMENT

Many accidents can be prevented in the home by following a few basic suggestions. Because we are concerned for your health and safety, we offer the following recommendations: Remove scattered rugs to avoid falls. Be sure there are no frayed edges on carpeting, Keep all pathways clear and uncluttered to prevent falls and avoid the risk of fire hazard. Do not overload electrical outlets, and do not hide cords under carpeting, All stairs/ramps should have hand rails and non-skid surface, In the kitchen, avoid loose-fitting clothing when using stove; use pot-holders or insulated kitchen mitts to handle hot items. Keep cooking utensils within easy reach; whenever possible, sit while doing kitchen chores to prevent falls caused by becoming over-tired. In the bathroom, use non-slip rugs or carpeting to prevent falling on wet floors; use non-slip strips or mats in the tub. Always test water temperature before entering tub or shower. Water temperature should be 120 degrees or less. Use grab bars, shower chairs and/or raised toilet seats for client who is very ill, weak, and/or tires easily. At night, use a night light to prevent falling in the dark. Keep telephone and other items that may be needed during the night on a bedside stand, within easy reach. Install smoke detectors on all home levels; keep a fire extinguisher in home; learn how to use it properly. Plan a fire emergency escape route, and practice leaving your home by that route to avoid unnecessary loss of time and unnecessary stress should a real fire emergency occur. If use of oxygen is necessary in the home, be sure you are instructed as to what to do during an emergency situation.

### POST FIRE AND OTHER EMERGENCY NUMBERS ON OR BY THE TELEPHONE

## HOME SAFETY AND EMERGENCY EXIT PLAN

**RECOMMENDATIONS:** In case of fire, do you have an emergency exit plan and an alternate exit plan?

\* Once a fire starts, it spreads quickly and there may be a great deal of confusion, it is important for everyone to know what to do.

\* Develop an emergency exit plan \* Choose a meeting place outside your home to be sure everyone has exited safely. \* Practice the plan to ensure that everyone can escape quickly and safely. **ALL HOME AREAS:** Check all areas of your home for any frayed cords, check all electrical and telephone cords; remove rugs, runners and mats which can cause falls. Check all smoke detectors,

electrical outlets and switches to ensure they are in good working condition. Practice your emergency exit plan with all members of your household. **RECOMMENDATIONS:** \* Arrange furniture so that outlets are near lamps & appliances. \* Minimize the use of extension cords. If used, extension cords/telephone cords should always be placed on floor against wall to avoid tripping over them. Furniture resting on cords, nails and staples can cause damage and create fire and shock hazards. Electric cords which run under carpeting may cause a fire. Remove cords, nails and staples from under furniture and carpeting, check for damaged wiring. Use tape to attach cords to walls/floors. \* If an extension cord is needed, use one having sufficient amp or wattage rating.

\* If the rating on a cord is exceeded because of the power requirements of one/more appliances being used on the cord, change cord to higher rated one or unplug some appliances. **DO NOT USE FRAYED CORDS!** **BEDROOM AREAS:**

**RECOMMENDATIONS:** Are lamps/switches within reach of each bed? \* Lamps/switches should be located close to people during periods of darkness to see where they are going. \* Rearrange furniture so that lamps/switches are closer to beds \* Install night lights. Are cigarettes, ashtrays, and lighters located away from beds/bedding? \* Burns are a leading cause of death, smoking in bed is a major potential fire source (hot plates, teapots, etc. are major contributors to this problem). \* Never smoke in bed. \* Remove any possible source of heat/flames from areas around beds.

**SMOKE DETECTORS QUESTIONS** Are smoke detectors properly located? **RECOMMENDATIONS:** There should be a smoke detector located on every floor of your home. Follow manufacturer's instructions/advice for the best place to install your device.

Place detectors near ceiling or 6-12 inches below ceiling on the wall. Smoke detectors should be placed away from air vents. Fire injuries and deaths are often caused by smoke and toxic gases, rather than by the fire itself. Smoke detectors provide early warning in the event of a fire. If you are unable to purchase a fire detector, some fire departments and/or local governments will provide assistance in acquiring and installing smoke detectors. Purchase a smoke detector if you do not have one, or call your local fire department for further information. Check and replace batteries and bulbs as directed by manufacturer. Replace any detector that can not be repaired. Vacuum the grillwork of your smoke detector.

## WHAT YOU CAN DO TO PREVENT INFECTIONS

**Clean your hands:** Use soap/warm water. Rub your hands really well for at least 15 seconds. Rub your palms, fingernails, in between your fingers, and the backs of your hands. Or, if your hands do not look dirty, clean/rub them with alcohol-based hand sanitizers, until your hands are dry. Clean your hands before touching or eating food, after you use the bathroom, take out the trash, change a diaper, visit someone who is ill, or play with a pet. **Make sure our staff clean their hands or wear gloves.** Our staff should wear clean gloves when they perform care for you. Don't be afraid to ask them if they should wear gloves. **Cover your mouth and nose.** When you sneeze or cough, the germs can travel 3 feet or more! Cover your mouth and nose to prevent the spread of infection to others. **If you are sick, avoid close contact with others.** stay away from other people or stay home. Don't shake hands or touch others. If you have any wound or skin lesion be alert for sign/symptoms of infection like discharge, or fever.

## INFECTION CONTROL PROCEDURES

To protect both client and caregivers, infection control procedures should be followed in the home setting.

**RECOMMENDATIONS: Hand washing,** is perhaps the easiest, as well as the most important, and effective way to prevent transmitting infection from one person to another. Client/caregiver should wash their hands thoroughly before and after providing client care, as well as before and after contact with contaminated/potentially contaminated items. If in doubt as to what may or may not be contaminated, be safe. **WASH YOUR HANDS!!** Use of latex or other disposable gloves - **Gloves** should be worn when handling and/or disposing of any of the following: Blood, Urine, Feces, Sputum, Any body fluid or secretion. Be sure to **dispose** of any contaminated/potentially contaminated item, e.g., Kleenex, by placing in a sealable plastic bag. Our professional staff will instruct you on appropriate **infection control measures** including the proper methods for disposal. If you have any questions/concerns throughout the time services are being provided to you, ask your nurse or therapist, physician, or contact our office. For any questions/concerns regarding Infectious Disease, **contact your Physician.** Have disposable tissues available for everyone to use. **Sanitize surface** areas that are frequently touched. Use respiratory mask if needed.

## GET VACCINATION TO AVOID DISEASES AND FIGHT THE SPREAD OF INFECTIONS

Make sure that your vaccinations are current, even for adults. Check with your doctor about what you may need.

**Vaccinations** are available to prevent these diseases: •Chicken pox • Mumps • Measles • Diphtheria • Tetanus • Hepatitis • Shingles • Meningitis • Flu (also known as influenza) • Whooping cough • German measles (also known as Rubella) • Pneumonia • Human papillomavirus (HPV)

## STAFF UNIVERSAL / STANDARD PRECAUTIONS PROCEDURES

Our Agency guarantees that home health care providers will adhere to the following precautions, when delivering care to all patients. By adhering to the following universal precautionary measures, the risk of transmission of disease is decreased when the infection status of the patient is unknown. **Gloves** must be worn when delivering patient care, handling specimens, doing domestic cleaning, and handling items that may be soiled with blood or body fluids. Gloves or aprons must be worn during procedures or while managing a patient situation when there will be exposure to body fluids, blood, draining wounds or mucous membranes. **Mask** and protective eyewear or face shield must be worn during procedures that are likely to generate droplets of body fluids, blood or when the patient is coughing excessively. **Hand washing:** Hands must be washed before gloving and after gloves are removed. Hands and other skin surfaces must be washed immediately and thoroughly if contaminated with body fluids or blood and after all patient care activities. Home health care providers, who have open cuts, sores, or dermatitis on their hands must wear gloves for all patient contact.

## RESPIRATORY HYGIENE PRACTICES

To prevent the transmission of **all** respiratory infections in healthcare settings, including influenza, the following infection control measures should be implemented at the first point of contact with a potentially infected person. They should be incorporated into infection control practices as one component of Standard Precautions. **Visual Alerts:** (in appropriate languages) instructing patients and persons who accompany them (e.g., family, friends) to inform our healthcare personnel of symptoms of a respiratory infection (cough, shortness of breath problems, running nose, fatigue, sneezing) when they are under our care and to practice Respiratory Hygiene/Cough Etiquette. **Cover Your Cough: Stop the spread of germs that can make you and others sick!** Influenza (flu) and other serious respiratory illnesses like respiratory syncytial virus (RSV), whooping cough, and severe acute respiratory syndrome (SARS) are spread by cough, sneezing, or unclean hands. **To help stop the spread of germs:** Cover your mouth and nose with a tissue when you cough or sneeze, put your used tissue in the waste basket, if you don't have a tissue, cough or sneeze into your upper sleeve or elbow, not your hands, you may be asked to put on a facemask to protect others, wash your hands often with soap and warm water for 20 seconds, if soap and water are not available, use an alcohol-based hand rub. Information about **Personal Protective Equipment (PPE)**, demonstrates the sequences for donning and removing PPE.

**Masking** and Separation of Persons with Respiratory Symptoms: During periods of increased respiratory infection activity in the community (e.g., when there is increased absenteeism in schools and work settings and increased medical office visits by persons complaining of respiratory illness), we may request you to wear masks if you are coughing. Either procedure masks (i.e., with ear loops) or surgical masks (i.e., with ties) may be used to contain respiratory secretions (respirators such as N-95 or above are not necessary for this purpose). When space and chair availability permit in your place of residence, we encourage coughing persons to sit at least three feet away from others in common waiting areas. **Droplet Precautions:** We advise our healthcare personnel to observe Droplet Precautions (i.e., wearing a surgical or procedure mask for close contact), in addition to Standard Precautions, when examining a patient with symptoms of a respiratory infection, particularly if fever is present. These precautions should be maintained until it is determined that the cause of symptoms is not an infectious agent that requires Droplet Precautions.



## POLICY ON ADVANCE DIRECTIVES

Purpose: To provide an atmosphere of respect and caring to ensure a patient's ability and right to participate in medical decision making, to ensure a patient's wishes about his/her care, treatment and services are respected in accordance with acceptable standards of practice, ethics and applicable laws, to assure compliance with the Patient Self-Determination Act (PSDA), to expand patient, family, and staff knowledge base regarding advance directives and the process by which patient participation in their medical decision making is fostered by the Agency.

### POLICY:

1. At the time of Admission we will inform patients about the Agency's written policies on implementation of Advance Directives. The Agency recognizes the right of the competent adult to make a verbal or written declaration regarding decisions about his/her own medical care. This would include deciding to have the medical or surgical means or procedures to prolong life provided, withheld or withdrawn.
2. The Agency will accept and act upon written advance directives received from the patient or patient's caregiver, to the extent permitted and required by Law. A "Do Not Resuscitate" (DNR) order or a "Do Not Intubate" (DNI) order will be accepted only if properly executed by the patient's physician. Appropriate actions to be taken will be discussed with the patient and/or patient's caregiver when such order is received.
3. Patients, patient caregivers, agency staff and the community will be educated on issues concerning advance directives. Patients and families/caregivers will be educated with printed material delivered at sign up date, containing all state mandatory regulations regarding Advance Directives that explain each topic such as living will, DNR orders, testaments, etc.
4. The presence or absence of Advance Directives will not influence the decision to provide health care. If an Advance Directive is not properly executed all staff will follow standard emergency procedures. Any change in the patient's Advance Directive will be communicated to all personnel.
5. When a patient is transferred or referred to any other provider of health care services, the information given will include whether the patient has Advance Directives or does not have Advance Directives.
6. Our Agency will provide services whether or not the patient has executed Advance Directives.

## INFORMATION ON ADVANCE DIRECTIVES (*The Patient's Right to Decide*)

Every competent adult has the right to make decisions concerning his or her own health, including the right to choose or refuse medical treatment. When a person becomes unable to make decisions due to a physical or mental change, such as being in a coma or developing dementia (like Alzheimer's disease), they are considered incapacitated. To make sure that an incapacitated person's decisions about health care will still be respected, the Florida legislature enacted legislation pertaining to health care advance directives (Chapter 765, Florida Statutes). The law recognizes the right of a competent adult to make an advance directive instructing his or her physician to provide, withhold, or withdraw life-prolonging procedures; to designate another individual to make treatment decisions if the person becomes unable to make his or her own decisions; and/or to indicate the desire to make an anatomical donation after death. By law hospitals, nursing homes, home health agencies, hospices, and health maintenance organizations (HMOs) are required to provide their patients with written information, such as this pamphlet, concerning health care advance directives.

**What is an advance directive?** It is a written or oral statement about how you want medical decisions made should you not be able to make them yourself and/or it can express your wish to make an anatomical donation after death. Some people make advance directives when they are diagnosed with a life-threatening illness. Others put their wishes into writing while they are healthy, often as part of their estate planning. Three types of advance directives are: A Living Will, A Health Care Surrogate Designation, An Anatomical Donation. You might choose to complete one, two, or all three of these forms.

**What is a living will?** It is a written or oral statement of the kind of medical care you want or do not want if you become unable to make your own decisions. It is called a living will because it takes effect while you are still living. You may wish to speak to your health care provider or attorney to be certain you have completed the living will in a way that your wishes will be understood.

**What is a health care surrogate designation?** It is a document naming another person as your representative to make medical decisions for you if you are unable to make them yourself. You can include instructions about any treatment you want or do not want, similar to a living will. You can also designate an alternate surrogate.

**Which is best?** Depending on your individual needs you may wish to complete any one or a combination of the three types of advance directives.

**What is an anatomical donation?** It is a document that indicates your wish to donate, at death, all or part of your body. This can be an organ and tissue donation to persons in need, or donation of your body for training of health care workers. You can indicate your choice to be an organ donor by designating it on your driver's license or state identification card (at your nearest driver's license office), signing a uniform donor form (seen elsewhere in this pamphlet), or expressing your wish in a living will.

**Am I required to have an advance directive under Florida law?** No, there is no legal requirement to complete an advance directive. However, if you have not made an advance directive, decisions about your health care or an anatomical donation may be made for you by a court-appointed guardian, your wife or husband, your adult child, your parent, your adult sibling, an adult relative, or a close friend. The person making decisions for you may or may not be aware of your wishes. When you make an advance directive, and discuss it with the significant people in your life, it will better assure that your wishes will be carried out the way you want.

**What is a do not resuscitate form:** It is the mechanism used to inform emergency medical services personnel that the patient does not wish to have life-sustaining techniques performed in the event of respiratory or cardiac arrest. A properly completed form is signed by the patient's physician to document that the patient is terminally ill. It must also be signed by the patient or patient's health care surrogate and witnessed by two individuals. The form must be presented to the rescue staff.

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (HIPAA)

### THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

Our Agency is providing this Notice of Privacy Practices because the privacy of your health information is very important to you and to us, and in compliance with federal regulations. By “your health information” we mean the information that we maintain that specifically identifies you and your health status.

**Your Rights: You have the right to:** Get a copy of your paper or electronic medical record, Correct your paper or electronic medical record, Request confidential communication, Ask us to limit the information we share, Get a list of those with whom we’ve shared your information, Get a copy of this privacy notice, Choose someone to act for you, File a complaint if you believe your privacy rights have been violated

**Your Choices: You have some choices in the way that we use and share information as we:** Tell family and friends about your condition, Provide disaster relief, Include you in a hospital directory, Provide mental health care, Market our services and sell your information, a Raise funds.

**Our Uses and Disclosures: We may use and share your information as we:** Treat you, Run our organization, Bill for your services, Help with public health and safety issues, Do research, Comply with the law Respond to organ and tissue donation requests, Work with a medical examiner or funeral director, Address workers’ compensation, law enforcement, and other government requests, Respond to lawsuits and legal actions.

**Your Rights:** When it comes to your health information, you have certain rights. This section explains your rights and some of our responsibilities to help you.

**Get an electronic or paper copy of your medical record:** You can ask to see or get an electronic or paper copy of your medical record and other health information we have about you. Ask us how to do this. We will provide a copy or a summary of your health information, usually within 30 days of your request. We may charge a reasonable, cost-based fee.

**Ask us to correct your medical record:** You can ask us to correct health information about you that you think is incorrect or incomplete. Ask us how to do this. We may deny your request, but we’ll notify you why in writing within 60 days.

**Request confidential communications:** You can ask us to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address. We will agree to all reasonable requests.

**Ask us to limit what we use or share:** You can ask us not to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations. We are not required to agree to your request, and we may disagree if it would affect your care. If you pay for a service or health care item out-of-pocket in full, you can ask us not to share that information for the purpose of payment or our operations with your health insurer. We will agree unless a law requires us to share that information.

**Get a list of those with whom we’ve shared information:** You can ask for a list (accounting) of the times we’ve shared your health information for six years prior to the date you ask, who we shared it with, and why. We will include all the disclosures except for those about treatment, payment, and health care operations, and certain other disclosures (such as any you asked us to make). We’ll provide one accounting a year for free but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.

**Get a copy of this privacy notice:** You can ask for a paper copy of this notice at any time, even if you have agreed to receive the notice electronically. We will provide you with a paper copy promptly.

**Choose someone to act for you:** If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information. We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.

**File a complaint if you feel your rights are violated:** You can complain if you feel we have violated your rights by contacting us.

You can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/). **We will not retaliate against you for filing a complaint.**

**Your Choices: For certain health information, you can tell us your choices about what we share.** If you have a clear preference for how we share your information in the situations described below, talk to us. Tell us what you want us to do, and we will follow your instructions.

In these cases, you have both the right and choice to tell us to: Share information with your family, close friends, or others involved in your care, Share information in a disaster relief situation. Include your information in a hospital/Agency directory

*If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may go ahead and share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety.*

In these cases we never share your information unless you give us written permission: Marketing purposes, Sale of your information, Most sharing of psychotherapy notes. In the case of fundraising: We may contact you for fundraising efforts, but you can tell us not to contact you again.

**Our Uses and Disclosures: How do we typically use or share your health information?** We typically use or share your health information in the following ways.

**Treat you:** We can use your health information and share it with other professionals who are treating you.

*Example: A doctor treating you for an injury asks another doctor about your overall health condition.*

**Run our organization:** We can use and share your health information to run our practice, improve your care, and contact you when necessary. *Example: We use health information about you to manage your treatment and services.*

**Bill for your services:** We can use and share your health information to bill and get payment from health plans or other entities.

*Example: We give information about you to your health insurance plan so it will pay for your services.*

**How else can we use or share your health information?:** We are allowed or required to share your information in other ways – usually in ways that contribute to the public good, such as public health and research. We have to meet many conditions in the law before we can share your information for these purposes.

For more information see: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (HIPAA) (continuation)

**Help with public health and safety issues:** We can share health information about you for certain situations such as: Preventing disease, Helping with product recalls, Reporting adverse reactions to medications, Reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence, and preventing or reducing a serious threat to anyone's health or safety.

**Do research:** We can use or share your information for health research.

**Comply with the law:** We will share information about you if state or federal laws require it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we're complying with federal privacy law.

**Respond to organ and tissue donation requests:** We can share health information about you with organ procurement organizations.

**Work with a medical examiner or funeral director:** We can share health information with a coroner, medical examiner, or funeral director when an individual dies.

**Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests:** We can use or share health information about you: For workers' compensation claims, For law enforcement purposes or with a law enforcement official, With health oversight agencies for activities authorized by law, For special government functions such as military, national security, and presidential protective services

**Respond to lawsuits and legal actions:** We can share health information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena.

**Our Responsibilities:** We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information. We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information. We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it. We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind. For more information see: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

**Changes to the Terms of this Notice:** We can change the terms of this notice, and the changes will apply to all information we have about you. The new notice will be available upon request, on our web site, and we will mail a copy to you. Notice Effective Date: 03/26/2013

## HOSPITALIZATION RISK MANAGEMENT

Our Agency is in a position to respond to patient and family needs by implementing strategies targeted to reduce avoidable hospitalizations. Our Agency can identify patients who are at higher risk of hospitalization. Our field staff can partner with these patients to implement strategies, which reduce risk. Patients partnering with our field staff can learn to manage their own health. Our experience shows that when we partner with patients and physicians, acute care hospitalizations can be reduced. Specific interventions are implemented for those patients rated as high-risk to reduce the potential of unplanned hospitalization. A dialogue with the patient and family is necessary to determine their wishes, goals and desires to be met by the interdisciplinary team. The team's responsibility is to commit to achieving the patient's stated goals.

It is the responsibility of our home care nurse to accurately complete the hospitalization risk assessment in a timely manner (as needed) and to then communicate the high-risk status of patients to appropriate managers, other disciplines, and oncall staff. Our home care nurse is also responsible for the selection of appropriate individualized interventions that may be used to assist in reducing avoidable acute care hospitalizations. Examples of interventions that an agency may offer include: Patient emergency planning, Medication management, Front-loading visits, Phone monitoring, Telemonitoring, Triage, Fall prevention, Immunization, Patient self-management, Disease/case management. Our nurses are able to correctly, effectively, and efficiently communicate his/her risk assessment findings to physicians to obtain necessary orders.

## UNDERSTAND YOUR DOCTOR AND OTHER CAREGIVERS

It can be difficult to understand what your doctors and other caregivers are telling you about your care and treatment. This section has questions and answers to help you understand caregivers.

**Questions to ask your caregivers:** ■ Is there someone who can help you understand your doctor, nurse, and other caregivers? ■ Is there someone who can help you understand how to take your medicine? ■ Is there any written information in your language? ■ Is there any written information in your language that is easy to read? ■ Is there someone who speaks your language who can help you talk to caregivers? ■ Is there a support group for people like you? For people with your illness or condition? ■ Are there other resources for you?

**What can you do if you don't understand what your caregiver is saying?** Tell them you don't understand. Use body language. If you don't understand shake your head to show that "No, I don't understand." Ask lots of questions. By asking questions you're helping them understand what you need.

**What can you do if they explain and you still don't understand?** Tell them you still don't understand. Try to be as clear as possible about what you do not understand. Caregivers have a duty to help you understand. They should not leave until you understand what to do and what is happening to you.

**What if the caregiver is rushed and doesn't have time to answer your questions?** Ask them if you can schedule another appointment when they can answer your questions.

**What can you do if you speak another language?** Ask for someone who speaks your language. This person can help you talk to caregivers. This person should work for the Agency. Their job is to help people who speak other languages. This person may not be in the office. He or she may be on the telephone. You have the right to get free help from someone who speaks your language. Ask if there is paper work in your language.

**What can you do if you have trouble reading? Or if you cannot read?** Don't be embarrassed. Tell your caregivers. They can help you. They can explain paper work to you. They may even have paper work that is easy to read and understand.

**Your doctor's instructions are not clear. Should you try to figure it out yourself?** No. Instructions from your doctor or others are important. Tell them what you think the instructions are. Tell them if they need to write down the instructions. Tell them if you have a family member or friend who helps you take your medicine. Ask the doctor to have someone talk to your family member or friend, too.

**What if you don't understand written instructions?** Tell your caregivers. Tell them that you need to have the instructions read to you. Tell them you need instructions that are easy to read. Or that you need instructions in your language.



\_\_\_\_\_

## PERSONAL INFORMATION SHEET

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Nombre Fecha

Address: \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Dirección Código Postal

Telephone: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_ Marital Status: \_\_\_\_\_ Legal Status: \_\_\_\_\_  
Teléfono Sexo Estado Civil Estado legal

SS#: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Place of birth: \_\_\_\_\_  
No. de SS Fecha de Nacimiento Edad Lugar de Nacimiento

Medicare # \_\_\_\_\_ Medicaid # \_\_\_\_\_  
No. de Medicare No. de Medicaid

**EMERGENCY CONTACT** (Contacto de Emergencia):

Name (Nombre): \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
Relación

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
Dirección Teléfono

Name (Nombre): \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
Relación

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
Dirección Teléfono

**LEGAL GUARDIAN** \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
Tutor Relación

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
Dirección Teléfono

**MEDICATION'S LIST:** ( Lista de Medicinas): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DOCTOR'S INFORMATION (Información de los doctores):**

**PCP** (Médico Primario) : \_\_\_\_\_  
Name, address and telephone (Nombre, dirección y teléfono)

**PSYCHIATRIST** (Psiquiatra): \_\_\_\_\_  
Name, address and telephone (Nombre, dirección y teléfono)

**ALLERGIES:** \_\_\_\_\_  
Alergias

\_\_\_\_\_  
Client's Signature (Firma del Cliente)

\_\_\_\_\_  
Date (Fecha)

\_\_\_\_\_  
Legal Guardian's Signature (Firma del tutor)

\_\_\_\_\_  
Date (Fecha)

## CONSENT TO SHARE BEHAVIORAL HEALTH INFORMATION FOR CARE COORDINATION PURPOSES

First Name	Middle Initial	Last Name	Date of Birth	Individual's ID Number (Medicaid ID, Last 4 digits of SSN, other)
------------	----------------	-----------	---------------	---

Under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), a health care provider or agency can use and share most of your health information in order to provide you with treatment, receive payment for your care, and manage and coordinate your care. However, your consent is needed to share certain types of health information. This form allows you to provide consent to share the following types of information.

- Behavioral and mental health services
- Referrals and treatment for an alcohol or substance abuse disorder

This information will be shared to help diagnose, treat, manage and get payment for your health needs. You can consent to share all of this information or just some information.

**I. I consent to share my information among:**

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____  |
| 2. _____ | 7. _____  |
| 3. _____ | 8. _____  |
| 4. _____ | 9. _____  |
| 5. _____ | 10. _____ |

**II. I consent to share:**

- All of my behavioral health and/or substance use disorder information
- All of my behavioral health and/or substance use disorder information except: (List types of health information you do not want to share below)
- \_\_\_\_\_

I understand that HIPAA allows providers and other agencies to use and share much of my health information without my consent in order to provide me with treatment, receive payment for my care, and to manage and coordinate my care.

**III. By signing this form I understand:**

- I am giving consent to share my behavioral health and substance use disorder information. Behavioral health and substance use disorder information includes, but is not limited to, referrals and services for alcohol and substance use disorders.
- My information may be shared among each agency and person listed above.
- My information will be shared to help diagnose, treat, manage and pay for my health needs.
- My consent is voluntary and will not affect my ability to obtain mental health or medical treatment, payment for medical treatment, health insurance or benefits.
- My health information may be shared electronically.
- Other types of my information may be shared with my behavioral health and substance use disorder information. HIPAA allows my providers and other agencies to use and share most of my health information without my consent in order to provide me with treatment, receive payment for my care, and to manage and coordinate my care.
- The sharing of my health information will follow state and federal laws and regulations.
- This form does not give my consent to share psychotherapy notes as defined by federal law.
- I can withdraw my consent at any time; however, any information shared with or in reliance upon my consent cannot be taken back.
- I should tell all agencies and people listed on this form when I withdraw my consent.
- I can have a copy of this form.
- My consent will expire on the following date, event or condition unless I withdraw my consent. (If expiration date is left blank or is longer than one year, the consent will expire 1 year from the signature date.)

Expiration Date: \_\_\_\_\_

I have read this form or have had it read to me in a language I can understand. I have had my questions about this form answered.

Signature of person giving consent or legal representative	Date
--	------

Relationship to individual

Self
  Parent
  Guardian
  Authorized Representative

**BEHAVIORAL SERVICE AGREEMENT** (Spanish Translation in the back)

Client: \_\_\_\_\_

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/OR PROGRAM TREATMENT TEAM.  
**I REQUEST A COPY OF THE PLAN OF TREATMENT:** Y \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

**CONSENT TO RECEIVE BEHAVIORAL SERVICES:** I HEREBY AUTHORIZE THE AGENCY, TO RENDER APPROPRIATE BEHAVIORAL SERVICES AS PRESCRIBED BY MY PHYSICIAN AND/OR PROGRAM COORDINATOR, OR BY ANY OTHER PROGRAM WHO MAY BE SERVING ME, INCLUDING ALL DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC TREATMENT THAT MAY BE CONSIDERED ADVISABLE OR NECESSARY IN THE JUDGMENT OF THE PHYSICIAN. THE GOAL OF THE ASSESSMENT PROCESS IS TO DETERMINE THE BEST COURSE OF TREATMENT FOR YOU. THE TYPE AND EXTENT OF SERVICES THAT YOU WILL RECEIVE WILL BE DETERMINED FOLLOWING THE ASSESSMENT AND DISCUSSION WITH YOUR BEHAVIOR ANALYST. THE TREATMENT PLAN MAY INCLUDE: GROUP OR WORKSHOP, INDIVIDUAL BRIEF THERAPY AT HOME, THERAPIST ASSISTED ON-LINE (TAO), PSYCHIATRY SERVICES, CASE MANAGEMENT, REFERRALS FOR LONGER TERM THERAPY OR SPECIALIZED TREATMENT WITH A COMMUNITY PROVIDER, AND/OR REFERRALS TO OTHER HEALTH RESOURCES.

**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.

**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 MENTAL 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)

**SECTION ONE**

**INSURANCE BENEFITS AND PAYMENT:** I HEREBY AUTHORIZE MY 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 PROGRAM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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, \_\_\_\_\_. The charges will be determined through third party contracts.

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

**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.

**SECTION TWO**

**HOME HEALTH SERVICES TO BE FURNISHED, FREQUENCY AND CHARGES:**

BEHAVIORAL ANALYST \_\_\_\_\_ BEHAVIORAL ASSISTANT \_\_\_\_\_

TARGETED CASE MANAGER \_\_\_\_\_ MEDICAL SOCIAL WORKER \_\_\_\_\_

OTHER: \_\_\_\_\_

ALSO I AUTHORIZE THE AGENCY'S TO PERFORM NEEDED VISIT OF **SUPERVISIONS**.

**BEHAVIORAL SERVICE AGREEMENT** (Cont'd)

Client: \_\_\_\_\_

Medical Record: \_\_\_\_\_

**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 RECEIVED ALL ADMISSION DOCUMENTS (GRIEVANCE PROCEDURE, EMERGENCY INFO, ETC) 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).

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

**THE PURPOSE** OF MEETING WITH A BEHAVIORAL COUNSELOR OR THERAPIST IS TO GET HELP WITH PROBLEMS IN YOUR LIFE THAT ARE BOTHERING YOU OR THAT ARE KEEPING YOU FROM BEING SUCCESSFUL IN IMPORTANT AREAS OF YOUR LIFE. YOU MAY BE HERE BECAUSE YOU WANTED TO TALK TO A COUNSELOR OR THERAPIST ABOUT THESE PROBLEMS. WHEN WE MEET, WE WILL DISCUSS THESE PROBLEMS. WE WILL ASK QUESTIONS, LISTEN TO YOU AND SUGGEST A PLAN FOR IMPROVING THESE PROBLEMS. IT IS IMPORTANT THAT YOU FEEL COMFORTABLE TALKING TO US ABOUT THE ISSUES THAT ARE BOTHERING YOU. AS A GENERAL RULE, WE WILL KEEP THE INFORMATION YOU SHARE WITH US IN OUR SESSIONS **CONFIDENTIAL**, UNLESS I HAVE YOUR WRITTEN CONSENT TO DISCLOSE CERTAIN INFORMATION. THERE ARE, HOWEVER, IMPORTANT EXCEPTIONS TO THIS RULE THAT ARE IMPORTANT FOR YOU TO UNDERSTAND BEFORE YOU SHARE PERSONAL INFORMATION WITH US IN A THERAPY SESSION. IN SOME SITUATIONS, WE ARE REQUIRED BY LAW OR BY THE GUIDELINES OF OUR PROFESSION TO DISCLOSE INFORMATION WHETHER OR NOT WE HAVE YOUR PERMISSION, SUCH AS: YOU TELL US YOU PLAN TO CAUSE SERIOUS HARM OR DEATH TO YOURSELF, YOU TELL US YOU PLAN TO CAUSE SERIOUS HARM OR DEATH TO SOMEONE ELSE WHO CAN BE IDENTIFIED, YOU ARE DOING THINGS THAT COULD CAUSE SERIOUS HARM TO YOU OR SOMEONE ELSE, YOU TELL ME YOU ARE BEING ABUSED-PHYSICALLY, SEXUALLY OR EMOTIONALLY-OR THAT YOU HAVE BEEN ABUSED IN THE PAST, YOU ARE INVOLVED IN A COURT CASE AND A LEGAL REQUEST IS MADE FOR INFORMATION ABOUT YOUR COUNSELING OR THERAPY.

**MINOR CLIENTS:** YOU MAY BE HERE BECAUSE YOUR PARENT, GUARDIAN, DOCTOR OR TEACHER HAD CONCERNS ABOUT YOU. EXCEPT FOR SITUATIONS SUCH AS THOSE MENTIONED ABOVE, WE WILL NOT TELL YOUR PARENT OR GUARDIAN SPECIFIC THINGS YOU SHARE WITH ME IN OUR PRIVATE THERAPY SESSIONS. THIS INCLUDES ACTIVITIES AND BEHAVIOR THAT YOUR PARENT/GUARDIAN WOULD NOT APPROVE OF — OR WOULD BE UPSET BY — BUT THAT DO NOT PUT YOU AT RISK OF SERIOUS AND IMMEDIATE HARM. HOWEVER, IF YOUR RISK-TAKING BEHAVIOR BECOMES MORE SERIOUS, THEN I WILL NEED TO USE MY PROFESSIONAL JUDGMENT TO DECIDE WHETHER YOU ARE IN SERIOUS AND IMMEDIATE DANGER OF BEING HARMED. IF WE FEEL THAT YOU ARE IN SUCH DANGER, WE WILL COMMUNICATE THIS INFORMATION TO YOUR PARENT OR GUARDIAN.

**Adolescent therapy client:** Signing below indicates that you have reviewed the policies described above and understand the limits to confidentiality. If you have any questions as we progress with therapy, you can ask your therapist at any time.  N/A

Minor's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian:** Check boxes and sign below indicating your agreement to respect your adolescent's privacy:  N/A

- / I will refrain from requesting detailed information about individual therapy sessions with my child. I understand that I will be provided with periodic updates about general progress, and/or may be asked to participate in therapy sessions as needed.
- / Although I know I have the legal right to request written records/session notes since my child is a minor, I agree NOT to request these records in order to respect the confidentiality of my adolescent's treatment.
- / I understand that I will be informed about situations that could endanger my child. I know this decision to breach confidentiality in these circumstances is up to the therapist's professional judgment and may sometimes be made in confidential consultation with her consultant/supervisor.

**PATIENT SERVICE AGREEMENT:** I HAVE RECEIVED A COPY OF THE AGENCY'S CLIENT 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: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF CLIENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE      RELATIONSHIP      DATE

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF AGENCY'S REPRESENTATIVE      DATE



# INITIAL SERVICE PLAN

Date: \_\_\_\_\_ Time IN: \_\_\_\_\_ OUT: \_\_\_\_\_ Units: \_\_\_\_\_

## Section I:

Client's Name: \_\_\_\_\_ Client's Number: \_\_\_\_\_

Diagnosis (DSM IV Number and Name): \_\_\_\_\_

## Section II: Strengths and Weakness

Strengths: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Weakness: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Section III: Long Term View** *(The long term view is both the focus and foundation of the Service planning process for each client. The long term view is an optimistic, yet realistic, narrative describing what the client would like to happen, with whom and where. This section reflects the expectations and desires of the client, where the client "sees" him or herself in the future. It is written in the first person by the client with help and support from the Case Manager).*

What I would like to happen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

What I want to accomplish regards with specific domains included in my Service Plan: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

What I need to accomplish this: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Client's Name: \_\_\_\_\_ Client's Number: \_\_\_\_\_

**Section IV: Needs** *(The following goals and objectives describe the client's service needs and the activity that the Mental Health Targeted Case Manager will undertake in partnership with the client)* Page 2/3

Domain's Legend: **1** -Behavioral    **2**-Daily Living Skills    **3**-Educational    **4**-Substance Abuse    **5**- Social Relationships  
**6**- Economical    **7**- Legal    **8**-Family    **9**- Mental Health    **10**-Physical Health  
**11**-Employment    **12**-Living Environment    **13**- Leisure Time    **14**- Vocational    **15**-Transportation

**SERVICE AREA NEEDS** *(Please include all needs identified, the date needs were identified and domain)*

Identified Need Goals Objective	Tasks: Who will do what		Date Identified Completion Attained	Domain (Name & number)	Mark
	Client will:	Case Manager will:			
					<input type="checkbox"/> New Goal <input type="checkbox"/> Addendum <input type="checkbox"/> Ongoing
					<input type="checkbox"/> New Goal <input type="checkbox"/> Addendum <input type="checkbox"/> Ongoing
					<input type="checkbox"/> New Goal <input type="checkbox"/> Addendum <input type="checkbox"/> Ongoing
					<input type="checkbox"/> New Goal <input type="checkbox"/> Addendum <input type="checkbox"/> Ongoing
					<input type="checkbox"/> New Goal <input type="checkbox"/> Addendum <input type="checkbox"/> Ongoing
					<input type="checkbox"/> New Goal <input type="checkbox"/> Addendum <input type="checkbox"/> Ongoing
					<input type="checkbox"/> New Goal <input type="checkbox"/> Addendum <input type="checkbox"/> Ongoing

*This Service Plan was developed in conjunction with the client, parent or legal guardian and was discussed and explained to client in terms he/she understands. This Service Plan is based on client's service needs and according with previous assessment completed in client's case.*





## DRUG CLASSIFICATIONS

NOTE: CLASSIFICATIONS ARE NOT INCLUSIVE OF ALL SIDE EFFECTS

#	CLASS	SIDE EFFECTS
1	ANALGESICS / NARCOTIC	SEDATION / CONSTIPATION
2	ANALGESICS / NON-NARCOTIC	WELL TOLERATED
3	ANALGESICS / NSAIDS / ANTIINFLAMMATORY	GI DISTRESS / DROWSINESS
4	ANTIBIOTICS	GI DISTRESS / ANAPHYLAXIS
5	ANTICOAGULANTS / ANTIPLATELETS	DIARRHEA / RASH / FEVER / BLEEDING
6	ANTICONVULSANTS	GI DISTRESS / ATAXIA / CONFUSION
7	ANTIDEMENTIA / CEREBRAL METABOLIC / ENHANCERS	GI DISTRESS / DIZZY / HA / INSOMNIA
8	ANTIDOTE	GI DISTRESS / TACHYCARDIA / HTN
9	ANTIFUNGAL	GI DISTRESS / HA / CHILLS
10	ANTIHYPERTENSIVES	GI DISTRESS / DIZZY / MUSCLE PAIN
11	ANTIMPOTENCE	HA / DIZZY / FLUSHING
12	ANTIMIGRAINE	DIZZY / TINGLING / SEDATION
13	ANTIPARASITIC	DIZZY / LOCAL IRRITATION
14	ANTITUBERCULAR	GI DISTRESS / RASH
15	ANTIVIRAL / ANTIRETROVIRAL	GI DISTRESS / HA / FUNGAL INFECTION
16	BLOOD / BLOOD DERIVATIVES	ANAPHYLAXIS / RASH / FEVER
17	BPH	DIZZY / HA
18	CANCER / CHEMOTHERAPEUTIC / ANTINEOPLASTICS	GI DISTRESS / BLOOD DYSCRASIA / ALOPECIA
19	CARDIAC / ANGINA / CAD / ASCVD	DIZZY / LOW BP / EDEMA / ^K+
20	CARDIAC / CHF / CARDIOMYOPATHY	DIZZY / LOW BP / EDEMA / ^K+
21	CARDIAC / DYSRHYTHMIA	LOW BP / LOW PULSE / EDEMA / ^K+
22	CARDIAC / HTN / ASHD	DIZZY / LOW PULSE / EDEMA / ^K+
23	CNS STIMULANT	INSOMNIA / NERVOUSNESS
24	CORTICOSTEROID ANTIINFLAMMATORY	GI DISTRESS / EDEMA / ^ABS / EUPHORIA
25	DERMATOLOGICALS MISC	RASH / LOCAL IRRITATION / BURNING
26	DIABETES	LOW BS / ANAPHYLAXIS / HEPATOTOXICITY
27	DIETARY SUPPLEMENTS	GI DISTRESS / RASH
28	DIGESTANTS / GI ENZYMES	GI DISTRESS
29	DIURETICS	ELECTROLYTE DISTURBANCES / LOW BP
30	ELECTROLYTES	GI DISTRESS
31	GI / ANTIACIDS	CONSTIPATION / DIARRHEA / FLATULENCE
32	GI / ANTIDIARRHEAL / ANTISPASMODIC	CONSTIPATION / DRY MOUTH / URINARY RETENTION
33	GI / GASTRITIS / ULCER / REFLUX	GI DISTRESS / CONFUSION / HA
34	GI / LAXATIVES	GI DISTRESS / DEPENDENCE DIARRHEA
35	GI / NAUSEA / VOMITING	SEDATION / DRY MOUTH / BLURRED VISION
36	GLAUCOMA	HA / NAUSEA
37	GOUT / URICOSURIC	GI DISTRESS
38	HEMATINIC	GI DISTRESS / BLACK STOOLS
39	HEMATOPOIETIC	BONE PAIN / HTN
40	HEMOSTATIC	GI DISTRESS
41	HERBAL	GI DISTRESS / RASH
42	HORMONES	HOT FLASHES / BOATING / DEPRESSION
43	IMMUNOLOGIC / IMMUNOSUPPRESSANTS	HA / TREMORS / CANDIDA INFECTION
44	IV FLUSH	BURNING
45	MUSCLE RELAXERS	DROWSINESS / DRY MOUTH
46	OPHTHALMIC LUBRICANTS	REDNESS / IRRITATION
47	OSTEOPOROSIS	GI DISTRESS / LOCAL IRRITATION
48	OXYGEN	NASAL IRRITATION
49	PARKINSONS	LOW BP / DYSKINESIA / HALLUCINATIONS
50	PLASMA VOLUME EXPANDERS	EDEMA / ANAPHYLAXIS
51	PSYCHIATRIC / ANTIANXIETY / ANTIDEPRESSANTS	DIZZY / DROWSINESS / DRY MOUTH
52	PSYCHIATRIC / ANTIPSYCHOTICS / ANTIMANICS	EPS / DROWSINESS / DRY MOUTH
53	RESPIRATORY / ANTIHISTAMINES / DECONGESTANTS / ANTIALLERGY	DIZZY / DROWSINESS / DRY MOUTH
54	RESPIRATORY / ANTITUSSIVES / EXPECTORANTS	SEDATION
55	RESPIRATORY / BRONCHODILATORS	TACHYCARDIA / TREMORS / NERVOUSNESS / HA
56	SALICYLATES	GI DISTRESS / TINNITUS
57	SEDATIVES / HYPNOTICS	SEDATION / CONFUSION
58	THYROID	TACHYCARDIA / TREMORS / INSOMNIA
59	URINARY ANTISPASMODICS	LOW BP / URINARY RETENTION / DIZZY
60	VERTIGO / SYNCOPE	DRY MOUTH / DROWSINESS
61	VITAMINS / MINERALS	GI DISTRESS / ANAPHYLAXIS
62	OTHER	

**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  Sulfá  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  O<sub>2</sub> 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.*

\_\_\_\_\_  
**Employee Signature / Firma del Empleado**

\_\_\_\_\_  
**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 (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 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 (categoría 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 (Categoría 4)**

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

## CLIENT'S BILL OF RIGHTS

**AS OUR CLIENT YOU HAVE THE RIGHT TO:** Considerate and respectful care.\*to expect reasonable continuity care.\* to request from your physician complete current information concerning your diagnosis, prognosis and treatment in terms you can reasonably understand.\*to expect that all communication and records pertaining to your care be treated as confidential. \*To every consideration of your privacy concerning your own medical program, case discussion, consultations and treatments are confidential and should be conducted discretely.\*Those not directly involved in your care must have your permission to be present.\*To know the name of the responsible person coordinating and supervising your Case Management and the manner in which that person may be contacted during regular working hours.\*To know the name and professional relationship of those individuals involved in your care.\*To refuse any segment of treatment to the extent permitted by the law without relinquishing other segments of the treatment plan. You have the right to be informed of the medical consequences of your action.\*to the extend that is reasonably possible to be involved in the planning and implementation of the Case Management Plan of Care and its expected outcome.\* to be informed of the policy and procedure for registering formal complaint about the services being provided. You have the right to be informed that the Case Management Services will not be disrupted as a result of filing a complaint.\*to expect that within its capacity the agency must make a reasonable response to your request for services.\*To receive and examine an explanation of our bill regardless of source of payment.\*To know what agency rules and expectations apply to your conduct as a client.\*To be informed of the Plan of Care \*To have a copy of the Plan of Care if requested.\*Be informed of the right to formulate and Advance Directive and/or Do not resuscitate (DNR) order.\*To have the pain evaluated and intensity controlled.\*Be free of physical and mental abuse/neglect and/or exploitation. Be informed of the availability to report **Abuse, Neglect or exploitation: 1-800-962-2873**.\*To have your property treated with respect.\*To voice grievance regarding services furnished, or regarding lack of respect for property by anyone who is furnishing services on behalf of the Agency, and must not be subjected to discrimination or reprisal for doing so.

### **YOUR RIGHTS AS A CLIENT TO PRIVACY OF YOUR HEALTH AND MENTAL INFORMATION**

**RIGHT TO REQUEST RESTRICTIONS** You have the right to request restrictions on our use and disclosures of your health and mental information, however we may refuse to accept the restriction.\***RIGHT TO REQUEST CONFIDENTIAL COMMUNICATIONS** You have the right to request that we communicate with you confidentially, for example to speak with you only in private; to send mail to an address you designate; or to telephone you at a number you designate. We will make every attempt to honor your request.\***RIGHT TO REQUEST ACCESS TO YOUR HEALTH INFORMATION** you have the right to request access to your health information in order to inspect or copy it. Your request must be in writing. We may deny your request and, if so, you may request a review if the denial. However, we will make every attempt to honor your request.\***RIGHT TO REQUEST AN AMENDMENT OF YOUR HEALTH INFORMATION** you have the right to request an amendment to your health information. Your request must be in writing and must provide a reason for the amendment. We may deny your request and, if so, you may submit a statement of disagreement. However, we will make every attempt to honor your request.\***RIGHT TO REQUEST AN ACCOUNTING OF DISCLOSURES OF YOUR HEALTH INFORMATION** you have the right to request an accounting of our disclosures of your health information for purpose other than treatment , payment m, and case management operations. We will make every attempt to honor your request. We are not required to provide an accounting for disclosures for more than 6 years prior to the date of your request.\***RIGHT TO OBTAIN A PAPER COPY OF THE PRIVACY NOTICE** If you received the Privacy Notice electronically, you have the right receive a paper copy. To exercise any of these rights please write or telephone to our Agency.

---

PATIENT'S SIGNATURE

---

DATE

---

MR#



## 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 filing the grievance becomes aware of the action.
3. A complaint should be in writing/phone, containing name and address of the person filing it. The complaint must state the problem or action alleged to have occurred and the remedy of relief sought by the grievant.
4. The Supervisor of Case Manager or Administrator shall conduct an investigation of the complaint to determinate 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 Supervisor of Case Management will maintain the files and records of the Agency relating to such grievance.
6. The Supervisor of Case Management will issue a written decision on the grievance no later than thirty days (30) after its filing.
7. The grievant may appeal the decision of the Supervisor of case Manager by filling an appeal in writing to the Administrator of the Agency within fifteen (15) days of receiving the Supervisor of Client Services 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.

## PROCEDIMIENTO 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 o servicio justo y equitativo puede plantear una querella bajo este procedimiento. La agencia no tomara represalia alguna en contra de nadie solamente por haber presentado o por cooperar en la investigación de una querella.
2. Las querellas deben someterse a la Agencia dentro de un término de treinta (30) días de la fecha que la persona que está presentando la querella conoce de la acción que motiva la misma.
3. La queja debe someterse por escrito/teléfono, conteniendo el nombre y la dirección de la persona que la presenta. La queja debe explicar el problema o acción que alegadamente ocurrió y la solución o remedio que busca el querellante.
4. El Supervisor 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 Supervisor de la mantendrá los archivos y expedientes de la agencia relacionados con la querella.
6. El Supervisor de la Agencia proveerá por escrito su decisión respecto a la querella, en un término de treinta (30) días después de haber sido planteada o sometida.
7. El querellante puede apelar la decisión tomada por el/la Supervisora de la Agencia, dirigiéndose por escrito al Administrador de la Agencia en un plazo de quince (15) días después de haber recibido la decisión del Supervisor de la Agencia.
8. El Administrador de la Agencia proveerá su decisión por escrito, en respuesta a la apelación, en un término de treinta (30) días después de haber sido sometida la misma.
9. El uso de las leyes u regulaciones Estatales y Federales están a la disposición del querellante, en el caso que desee recurrir a ellas.

## HOME ENVIRONMENT SAFETY EVALUATION

Please, check off client's home evaluation. Items that are satisfactory check "YES", no satisfactory check "NO" and no apply "N/A". Document the action plan with date to correct any problem.

ITEMS TO CHECK	YES	NO	N/A
Fire extinguish is available and accessible			
There are functional smoke alarm (s)			
Telephone and emergency # are accessible			
Access to outside exits is free of obstruction			
Alternate exits are accessible in case of fire			
Walking pathways are level, uncluttered and non-skid surfaces			
Stairs are in good repair, well lit, uncluttered, have non-skid surfaces. Handrails are present /secure.			
Lighting is adequate for safe ambulation and ADL			
Temperature and ventilation are adequate			
Electrical cords and outlets appear in good repair in client's area, cord not frayed, outlet not overload.			
Bathroom is safe for the provision of care raised toilet seat, tub seat, grab bar, non-skid surface.			
Environment is safe for effective oxygen use			
Kitchen is safe provision of care (i.e., working appliances, hygienic area for food prep, etc)			
Check Flashlights every 2 weeks, notify client to have replacement batteries (if necessary)			
Medicines clearly labeled and placed in safe storage			
Overall environment is adequately sanitary for the provision of care			
Relevant medical appliances in safety place and accessible ( walker, w/c, pumps, monitors)			
Other:			
Other:			

DATE	CORRECTION PLAN

Case Manager Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**ASSESSMENT FOR CLIENT VULNERABILITY TO ABUSE AND/OR NEGLECT**

Client's Name: \_\_\_\_\_ Case Record # \_\_\_\_\_

Date Client Assessed for Vulnerability: \_\_\_\_\_

Client Vulnerability risk exists?  YES     NO

VULNERABILITY RISK FACTOR	YES	NO
Demonstrates orientation to time, place and person		
Demonstrates ability to follow directions consistently		
Demonstrates assertiveness		
Demonstrates ability to give accurate information consistently		
Demonstrates interest in environment and activities		
Demonstrates ability to walk without assistive devices		
Demonstrates full range of motion		
Demonstrate adequate endurance		
Demonstrate freedom from communicable disease		
Demonstrate adequate auditory perception		
Demonstrate adequate visual perception		
Demonstrate adequate speech		
Demonstrate adequate touch sensation		
Demonstrate adequate communication		
Demonstrate cooperative behavior		
Demonstrate ability to adhere to safety precautions consistently		
Demonstrate ability to report abuse and/or neglect		
Others:		

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF INDIVIDUAL COMPLETING FORM

\_\_\_\_\_  
DATE

TARGETED CASE MANAGEMENT AGENCY

CLIENT NUMBER: \_\_\_\_\_ TIME IN: \_\_\_\_\_ AM PM TIME OUT: \_\_\_\_\_ AM PM UNITS: \_\_\_\_\_

**CASE MANAGEMENT ASSESSMENT**

The primary goal of mental health targeted case management is to optimize the functioning of recipients who have complex needs by coordinating the provision of quality treatment and support services in the most efficient and effective manner.

Client's Full Name:		Date:
Social Security No.:	DOB:	Age:
Place of Birth:	Primary Language:	
Residential Status:	Referral Date (referral form must be previously completed):	
Marital Status (If married, divorced, widow, separated, how time ago):		

**I. SOURCES OF INFORMATION**

Client's Report	<input type="checkbox"/>	Client's legal guardian (attach copy of court disposition)	<input type="checkbox"/>
Client's family and friends	<input type="checkbox"/>	Agency who referred the client	<input type="checkbox"/>
School	<input type="checkbox"/>	Other previous treating providers	<input type="checkbox"/>
Other source (specify):			

**II. PRESENTING PROBLEMS** (Diagnosis, Current symptoms, Treatment Compliance, Decompensation, client's own appraisal of his/her situation)

**DIAGNOSIS** (Specify DSM IV Number and Name):

**CURRENT SYMPTOMS** (Select all that apply)

Depression	<input type="checkbox"/>	Nervousness	<input type="checkbox"/>	Restlessness she couldn't sit still	<input type="checkbox"/>
Anxiety	<input type="checkbox"/>	Lack of motivation	<input type="checkbox"/>	Lost or gained weight without trying	<input type="checkbox"/>
Sadness/blue	<input type="checkbox"/>	Spells of terror or panic	<input type="checkbox"/>	Fear to go out of your home alone	<input type="checkbox"/>
Fearfulness	<input type="checkbox"/>	Tension	<input type="checkbox"/>	Fear in open spaces or on the streets	<input type="checkbox"/>
Worthlessness	<input type="checkbox"/>	Confusions	<input type="checkbox"/>	Being suddenly scared for no reason	<input type="checkbox"/>
Loneliness	<input type="checkbox"/>	Hopelessness	<input type="checkbox"/>	Hallucinations (verbal or auditory)	<input type="checkbox"/>
Lack of energy	<input type="checkbox"/>	Helplessness	<input type="checkbox"/>	Disorientation:(Time/ Place/ Person)	<input type="checkbox"/>

**Other Symptoms:**

**Client's own appraisal of his/her situation:**

**What were the major problems that have distressed client during the last seven days? :**

**Family's assessment/Legal representative's assessment of client's situation** (if applicable):

**Is client being attended by a psychiatrist at moment?** (If yes, include doctor's name and how long time client is being receiving psychiatrist care with this doctor. If not, explain reasons):

**III. PSYCHIATRIC HISTORY** (Onset of mental illness (include approximate date) and significant events that have triggered , previous hospitalizations, Baker Act, history of psychiatrist care and treatment. If client has been hospitalized in the last 12 months, please document the dates, hospitals, and circumstances):

**Suicidal Ideation/Suicidal attempts:**

**Homicidal Ideation/Homicidal attempts:**

\*\*\*If client refers suicidal/homicidal ideations, planning or attempt at interview time or during the last six months, please contact Supervisor and Crisis Team if required\*\*\*

**IV. MEDICAL HISTORY** (Include all physical illness client's suffers, injuries, surgeries and hospitalizations)

**Is client being attended by a Primary Physician at moment?** (If yes, include doctor's name and how long time client is being receiving medical care with this doctor. If not, explain reasons):

**Allergies or intolerance:**

**Current Medications** (Please include medication's name, dosage and side effects. Please include any OTC medicine being taking by client at moment):

**V. RESOURCES AVAILABLE TO THE CLIENT**

(Please include information about all resources available in client's case- Psychiatrist, Therapist, Primary Care Physician, Specialists, Home Health Services, Legal guardian, Care Worker, DCF Case Worker, Probation officers, Housing program representative/manager, others. Please, include Effectiveness rating of current services).

Agency Name	Services provided	Contact Person (Include name, address and phone/fax)	Effectiveness rating of current services (Specify if Non Effective, Somewhat Effective or Highly Effective).

**COMMENTS** (Include any comment about areas from I to V):

**Strengths and Needs of the client and Support System**

Please select N for needs identified, S for Client's strengths and N/A if applicable.

**VI. Psychological and Social Area**

1. Substance Abuse History (List types of substances, duration of use and any treatment received) N  S  N/A

2. Physical or Emotional Abuse/Domestic Violence (perpetrator's data, times, dates, and whether reported) N  S  N/A

3. General Level of Performance before the Onset of the Illness:	N	S	N/A
4. Intellectual Functioning (memory, concentration , ability to perform and understand tasks)  MMSE Score: _____ Date: _____	N	S	N/A
5. Relationship with Others (ability to trust in others, ability to socialize, cooperativeness with others)	N	S	N/A
6. Social Support Network (support from friends, acquaintances, peers, neighbors, coworkers or others)	N	S	N/A
7. Family Support (communication with family, type of support received, effectiveness)	N	S	N/A
8. Leisure activities/Interests/Skills and talents (specify kind and how it contribute to client's recovery)	N	S	N/A
9. Employment concern. Desire to work.	N	S	N/A

10. Level of Education. Vocational Trainings. School concern. Desire to learn.	N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
11. Beliefs and Cultural Traditions (beliefs and spiritual practices, and how it assist client in dealing with stressors)	N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
12. Stability/Maturity. Behavior during interview (Term of relationships, frequency of moving/changes)	N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
13. Level of Functioning. Ability to perform ADL's and IADL's (include level of assistance required, if any)	N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Level of functioning (Write The GAF score at the time of assessment):			
14. Awareness and insight. Compliance with appointments and treatments	N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
15. Financial resources (Specify amount of income and source. Specify economical condition as referred by client)	N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
(Please include also information about food, clothing, housing):			
16. Transportation Means (Means of transportation, ability to use private/public transportation)	N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
<b>COMMENTS</b> (Include any comment about Psychological and Social Area):			



## VII. Legal Area

1. **Legal History** (delinquency, antisocial behavior. Specify charges, dates, convictions and incarcerations): N  S  N/A

2. **Legal status** (Client's current legal status, if legal documentation is updated) N  S  N/A

3. **Legal guardian or proxy** (Client has a legal guardian or needs one. Communication with guardian). N  S  N/A

Please, attach a copy of the court disposition in case client has a legal guardian.

**COMMENTS** (Include any comment about Legal Area):

## VIII. Physical Area

1. **Physical Health** (Specify if client's health interfere with day-to-day functioning, if is required medical care continuity) N  S  N/A

(Please, include medical services required by client as per his/her report: Dentist, specialist, therapy, diagnostic test or others):

2. **Personal hygiene/Dressing** N  S  N/A

3. **Nutrition** (Client's appetite, meals per day, if special diet is required. Be specific) N  S  N/A

4. **Age-Appearance** (Specify if level of functioning and appearance is in accordance with chronological age) N  S  N/A

**COMMENTS** (Include any comment about Physical Area):

**IX. HOME VISIT** (The case manager must conduct a home visit prior to completion of the assessment, if the case manager is unable to complete a home visit, a face-to-face interview must be conducted in another setting).

Was a home visit conducted prior to the completion of Assessment: Yes: No:

Was the home visit conducted in the setting in which the client resides: Yes: No:

If home visit cannot be performed, please explain reasons (explanation must be signed by TCM and Supervisor)

TCM's Signature: \_\_\_\_\_

Supervisor's Signature: \_\_\_\_\_

**Address:**

**Date of Home Visit:**

Description of the house (House's location, neighborhood (rural/urban, crime level). Physical condition of the house, number of bedrooms, living and sleeping arrangements, low income housing program if applies.)

**Description of appliances, roof, floor, sanitary condition, accessibility** (Please describe potential safety or accessibility problems)

**Indirect signs of abuse, violence and/ or drug use**

**Amount of rent and monthly utilities** (specify, who is responsible for monthly payments)

**X. Recommended Service Coordination**

Each Mental Health Targeted Case Management's client must receive a thorough assessment, which will serve as the basis for the development of his/her Service Plan.

Behavioral	Mental Health/Substance Abuse Services
ADL/IADL Training	Medical and dental services
Education	Assistance with employment opportunities
Recreational activities	Living Environment/Housing
Economical/Financial Assistance	Environmental support (peers groups)
Legal Assistance	Family/Caregiver support and education
Vocational or job training	Transportation
Others:	

Other/Comments regarding recommended services :

XI. SIGNATURES I certify that I have provided the service(s) documented above in accordance with all applicable regulations.

\_\_\_\_\_  
Case Manager's Name

\_\_\_\_\_  
Case Manager's Signature and credentials

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Supervisor's Name

\_\_\_\_\_  
Supervisor's Signature and credentials

\_\_\_\_\_  
Date

# MONTHLY CALENDAR

Year: \_\_\_\_\_

JANUARY <input type="checkbox"/>	FEBRUARY <input type="checkbox"/>	MARCH <input type="checkbox"/>	APRIL <input type="checkbox"/>	MAY <input type="checkbox"/>	JUNE <input type="checkbox"/>
JULY <input type="checkbox"/>	AUGUST <input type="checkbox"/>	SEPTEMBER <input type="checkbox"/>	OCTOBER <input type="checkbox"/>	NOVEMBER <input type="checkbox"/>	DECEMBER <input type="checkbox"/>

Patient's Name: \_\_\_\_\_ Client Record #: \_\_\_\_\_

Sunday	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday

**MANUAL DE INFORMACION AL PACIENTE**  
**TABLA DE CONTENIDO**

	<b>ESPAÑOL</b>
Carta de Bienvenida	Cubierta Interior
Horas regulares de Negocio de la Agencia	Cubierta Interior
Protección de Abuso, Negligencia o Explotación, Quejas	Cubierta Interior
Información sobre nuestros Empleados	Cubierta Interior
Tabla de Contenido (Indice)	Page 15
Definiciones del Cuidado de la Salud a Domicilio	Page 16
Disciplinas del cuidado de la salud a domicilio	Page 16
Sugerencias como alcanzar Máxima Independencia	Page 16
Horario de Operación y Servicio de Emergencia	Page 17
Información para pacientes con limitaciones sensoriales	Page 17
Importancia de la Etica	Page 17
No Discriminación (La Ley)	Page 17
Confidencialidad	Page 17
Rehabilitación de la Vision Disminuida	Page 18
Derechos de los Pacientes, Quejas y Sugerencias	Page 18
Responsabilidades de los Pacientes	Page 18
Servicio de Asistencia de Lenguaje	Page 18
Técnicas para combatir la depresión	Page 18
Mínimo Cargo por nuestros servicios	Page 18
Metas Nacionales para la Seguridad del Paciente	Page 18
Prevención de Fraude	Page 18
Servicios	Page 18
Requisitos de Admisión	Page 19
10 Mitos comunes de la Influenza	Page 19
La Asistente de Enfermera en la Casa	Page 19
Información sobre retiro de desechos biológicos	Page 19
Alzheimer's y el cuidado de la salud a domicilio	Page 19
Que debo saber sobre seguridad de Medicamentos	Page 20
Quien es responsable de sus Medicamentos?	Page 20
Medidas de Seguridad con el Oxígeno	Page 20
Cuidese y Cuide su Diabetes	Page 20
Manejo del Dolor	Page 20
Precauciones para Evitar Caidas	Page 20
Precauciones con Dispositivos y Equipos Médicos	Page 21
Ayude a prevenir errores en el Cuidado que recibe	Page 21
Reglas Básicas de Seguridad: En el Hogar	Page 21
Plan de Emergencia/Seguridad del Hogar/Plan de Salida de Emergencia	Page 21
Detectores de Humo	Page 21
Que puede hacer para evitar infecciones	Page 22
Procedimiento para el Control de Infecciones	Page 22
Vacúnese para evitar enfermedades y que se extiendan las Infecciones	Page 22
Precauciones Universales para nuestros empleados	Page 22
Practicas de Higiene Respiratoria	Page 22
Poliza sobre Directivas Anticipadas	Page 22
Instrucciones por adelantado referente a la Atención Médica	Page 22
Noticia Sobre Prácticas de Privacidad (HIPAA)	Page 23 24
Manejo de Riesgos de Hospitalización	Page 25
Como comprender a los Médicos y los demás profesionales de salud	Page 25
Instrucciones en caso de Emergencia de Huracán	Interior de la Cubierta
Guia de Recursos	Trasera

*(En el caso de la Admisión Completa todas las Formas y Consentimientos están localizadas entre la parte en Inglés y Español de la Información para el Paciente)*

**ENGLISH** Index

Page 1

## DEFINICIONES

"**Administrador**" tiene que ser un Médico, Asistente Médico, o Enfermero Registrado practicando en este Estado, o un individuo con por lo menos 1 año de experiencia como supervisor en el área de cuidado de la salud a domicilio o facilidad relativa, y quien es responsable por todas las actividades de la Agencia.

"**Admisión**" significa la decisión de una Agencia del cuidado de la salud a domicilio, durante o después de una visita de evaluación a la casa del paciente, que hay una posibilidad razonable que las expectativas de las necesidades médicas, de enfermería o sociales del paciente puedan cumplirse. La admisión incluye la firma de un acuerdo con el paciente o su representante legal para proveer servicios de cuidado de la salud a domicilio.

"**Ciente**" significa un anciano, discapacitado, o un individuo convalesciente que recibe servicios profesionales o no profesionales, acompañantes, cuidado/limpieza de la casa, en su hogar o lugar de residencia.

"**Director de Enfermería**" es un Enfermero Registrado, con por lo menos 1 año de experiencia como supervisor, y que es responsable por los servicios de enfermería y ayudantes de enfermería que la Agencia provee.

"**Agencia de Cuidado de la Salud a Domicilio**" significa una organización que provee servicios de cuidado de la salud a domicilio o contrata empleados a otras entidades.

"**Personal del cuidado de la salud a domicilio**" personal empleado o bajo contrato por una Agencia del cuidado de la salud a domicilio, y que entran a la casa o lugar de residencia del paciente a cualquier hora en el curso de su empleo o contrato.

"**Servicios de cuidado de la salud a domicilio**" significa servicios de cuidado de la salud y suministros médicos proveídos por una Agencia del cuidado de la salud a domicilio en la casa de un individuo o lugar de residencia. Incluye proveer uno o más de los siguientes servicios:

### **DISCIPLINAS DE UNA AGENCIA DEL CUIDADO DE LA SALUD A DOMICILIO: BEHAVIORAL SERVICES INCLUIDO**

**SERVICIO DE ENFERMERIA:** Nuestro equipo de Enfermeros han sido completamente entrenados para vencer los retos en sus campos de trabajo y se les pide que se mantengan al día con los últimos cambios, descubrimientos y tratamientos en el campo de la Medicina. Proveen los siguientes servicios: Cuidado de Heridas, Cuidado a Diabéticos, Cuidados Cardiacos, Cuidados Respiratorios, Cuidados Post-operatorios, Terapia de Nutrición Parenteral, Enseñanzas e instrucciones de Diagnósticos, Medidas de Seguridad, Instrucciones del Régimen de Medicamentos, Terapia Intravenosa, Infusiones.

**AYUDANTE DE ENFERMERIA:** Los asistentes de la salud en el hogar dan el cuidado a nuestros pacientes bajo la supervisión de un Enfermero o Terapeuta Registrado, proveen los siguientes servicios: Cuidado personal a nuestros pacientes, Asistencia con el baño, Preparación y servido de comidas, Limpieza ligera de la casa, Recoger víveres y medicinas en los supermercados y farmacias locales, Asistir en las actividades del diario vivir, Asistencia para caminar, cambios de posición y transferencia, Asistencia con la administración de medicinas.

**SERVICIO DE TERAPIA:** Nuestros terapeutas evalúan la situación física y las limitaciones funcionales de cada paciente y establecen un plan de cuidados en unión con el médico del paciente para lograr una rehabilitación óptima.

**Terapia Física:** Asistencia en la restauración y máximo mantenimiento de las funciones musculoesqueléticas. Desde fracturas de cadera, pasando por esguinces, hasta pacientes con dificultades para caminar, nuestros terapeutas están especializados en ayudar a los pacientes a recuperar su confianza en sus habilidades para realizar sus actividades cotidianas.

**Terapia del Lenguaje:** Asiste en mejorar los desórdenes al tragar y en las actividades de comunicación del diario vivir.

**Terapia Ocupacional:** Busca mejorar el nivel de independencia en las actividades del diario vivir.

**TRABAJADORES SOCIALES:** Facilitan la planificación a largo plazo para promover independencia y proveer oportunidades para tomar ventaja de una gran variedad de servicios comunitarios destinados a asistir a las personas mayores con sus preocupaciones personales y ayudar a aliviar sus problemas.

**NUESTRO PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD** está diseñado para monitorear y evaluar sistemáticamente los niveles de calidad de nuestros cuidados, para asegurar que los clientes tengan el nivel más alto posible de servicios. Es por eso que cada servicio que proveemos es supervisado por nuestros profesionales y administrado desde la consulta inicial hasta la recuperación del paciente o la terminación del tratamiento.

Es la **poliza** de nuestra Agencia que todos nuestros servicios de cuidado de la salud, estén disponibles para el total de la población de nuestra área de servicio sin importar la raza, color, edad, impedimento físico, orientación sexual, nivel cultural, sexo o grupo étnico.

### **SUGERENCIAS EDUCACIONALES PARA EL PACIENTE: COMO ALCANZAR MAXIMA INDEPENDENCIA**

Trate al menos de hacer pequeñas decisiones por usted. Asegúrese de conocer sus derechos como individuo, decida cuando bañarse, comer, tener visitas, etc. Trate de hacer lo más que pueda según le sea posible, escogiendo su ropa, diciendo que actividades realizar y tratando de vestirse usted mismo. Requiera ser visto como un individuo. Qué le gusta o disgusta?, permitiéndose hacer tantas cosas como pueda, siempre teniendo en cuenta la alternativa que le ofrece el personal calificado o la familia. Requiera que se le permita hablar y respete por su diferencia de cultura o credo. Trate de reevaluar sus liniamientos para asegurarse de algún cambio y si este está siendo monitoreado, por ejemplo los medicamentos, etc, pues esto puede afectar su salud. Trate de participar en actividades que pueda realizar, tales como ayudando en las compras, escribiendo cartas o haciendo llamadas. En muchas ocasiones puede que necesite servicios sociales. Nuestro personal de enfermería o terapia puede solicitarle a su médico la orden para los servicios sociales. Además una reclamación del servicio social puede ser solicitada por usted u otra persona en su nombre. El trabajador social es responsable de ofrecerle el servicio indicado o referirle a otro sitio fuera de nuestra Agencia si estos no están disponibles en nuestra variedad de servicios. Entre los servicios se encuentran: Servicios en los cuales el individuo es capaz de obtener o mantener una buena condición física y salud mental según sea posible. Servicios para ayudarlo si está recibiendo cuidados fuera de su hogar en como planear su regreso a casa o a otro centro de cuidado alternativo. Servicios para promover el desarrollo y mantenimiento de los intereses de la familia, y comunidad. Servicios para promover la máxima independencia en el manejo de sus propios asuntos, habilidades. Servicios de gestiones que incluye la evaluación y arreglos para un guardian si es necesario. Servicios de planificación familiar para alcanzar objetivos, alimentos u otras necesidades. Los servicios constan de hacer referidos y darle seguimientos.

## HORARIO DE OPERACION Y SERVICIO DE EMERGENCIA

A todos nuestros clientes se les entregará la información correcta con respecto a nuestro horario de operación (dentro de la Cubierta Interior del Libro) y acceso a nuestros empleados para casos de emergencias. Nuestra agencia tendrá disponible al personal necesario para responder a las emergencias relacionadas con cualquiera de los servicios ofrecidos al cliente.

**Respuesta a la Emergencia:** 1. En la visita inicial al cliente se le entregará una tarjeta de nuestra agencia, y será informado de nuestro servicio y disponibilidad de personal de 24 horas, 7 días a la semana.

2. Llamadas telefónicas pueden hacerse a la agencia durante las horas de oficina de lunes a viernes.

a) Llamadas de emergencia serán atendidas después de horas de trabajo/fines de semana llamando al número de la oficina.

1. Notifique al servicio telefónico su nombre y número de teléfono y un representante de la agencia lo contactará.

2. Si el cliente desea solamente dejar un mensaje, un representante de la agencia lo llamará el día siguiente.

3. Servicios de emergencia estarán disponibles después de horas de oficina, incluyendo fines de semana y días feriados.

4. Todos los clientes serán instruidos que deben llamar al 911 en casos en que la vida del paciente corra peligro.

b) Representantes se ocuparán de asistir con los problemas o de contactar al Director de Enfermeros para problemas clínicos.

c) El Director de Enfermeros/Enfermera de Guardia, es responsable de determinar la necesidad de una visita a la casa del paciente, y de notificar al Doctor o tomar la acción apropiada.

3. El representante de la agencia mantendrá una relación de las llamadas recibidas y las acciones tomadas.

## INFORMACIÓN PARA PACIENTES CON LIMITACIONES SENSORIALES

Nuestra Agencia va a tomar todas las medidas necesarias, para que las personas con limitaciones físicas y sensoriales, incluyendo aquellos con problemas de lenguaje y auditivas, reciban la información más completa disponible en cada admisión, relacionadas con servicios especiales de acuerdo a sus limitaciones, tratamiento, sin costo para nuestros clientes.

**Para personas con limitaciones auditivas:** la agencia hará todo el máximo esfuerzo, para contratar los servicios de intérpretes calificados en "lenguaje de signos". La siguiente Agencia ofrece el servicio necesitado:

**El Consejo de la Florida coordinadora de servicios a sordos y personas con limitaciones auditivas:** 4052 Esplanade Way, Bin #A06 Tallahassee, FL 32399-1707. Voice: 850-245-4913 Toll Free Voice: 866-602-3275 TTY: 850-245-4914 Toll Free TTY: 866-602-3276

**Personas con limitaciones visuales:** Nuestro staff comunicará el contenido de materiales escritos como beneficios, servicios, derechos, y consentimiento para tratamiento, leyéndolos de una forma pausada y alta. Impresiones grandes, videos, o material en Braille estarán disponibles cuando lo solicite. Favor de contactar la Agencia para pedirlos.

**Personas con limitaciones del habla:** Materiales escritos, TDD, computadoras, tableros de comunicaciones están disponibles para facilitar la comunicación referente a los servicios y beneficios, derechos y consentimiento para el tratamiento.

## IMPORTANCIA DE LA ETICA

Todos nuestros empleados proveerán cuidado y servicios a nuestros clientes dentro de los límites éticos establecidos por los estándares del cuidado de la salud a domicilio, profesionalismo y la ley cuando esten realizando su trabajo.

## NO DISCRIMINACION (LA LEY)

*El título VI de la ley de Derechos Civiles de 1964, según enmienda, prohíbe la discriminación por razón de raza/etnia, color, religion/credo, edad, orientación sexual, impedimento físico, nivel cultural, sexo u origen nacional en la contratación/cobertura de servicios.*

*La sección 504 de la ley de rehabilitación de 1973/Age Discrimination Act of 1975, según enmienda, prohíbe la discriminación de servicios por razones de impedimentos físicos y edad en cualquier programa o actividad que recibe subsidios del gobierno federal. Se prohíbe la discriminación en todas las modalidades de personas con impedimentos físicos, mentales, o por edad que con habilidad razonable, pueden desempeñar las funciones esenciales. Todas las personas con SIDA, personas con el virus del HIV son consideradas personas calificadas con impedimentos especiales, y son incluidas en nuestras pólizas de no discriminación, requerida por la sección 504. Si usted cree que ha sido discriminado bajo cualquiera de las leyes descritas, debe comunicarse de inmediato con: La comisión de Igualdad, 1801 L Street NW., WASHINGTON, D.C. 20507*

## CONFIDENCIALIDAD

Toda la información recibida por empleados o agencias de servicios / o que lo reciban por un reporte o inspección debe ser tratada con privacidad y confidencialidad, siguiendo los **reglamentos de HIPAA**.

La información de arriba debe de incluir, pero no debe ser limitado a, los datos del paciente o personal. Solamente se le permitirá autorización para acceso a los expedientes de los pacientes, a empleados de la agencia o supervisores de Agencias Estatales o Federales. Ninguna información será vista sin un permiso escrito por el paciente / guardian / o empleado. Para poder mandar información a otra agencia y/o oficina médica, necesitamos una orden escrita y ser aprobado por la administración de la compañía. Cuando comienza un empleado, se le da una orientación en la póliza de confidencialidad sobre la privacidad de los expedientes, la cual lo tiene que firmar y se le pone en su expediente. Cualquier empleado que rompa la confidencialidad de un paciente/otro empleado, será finalizado su contrato con la compañía.

## REHABILITACIÓN DE LA VISIÓN DISMINUIDA

**¿Que es la Visión Disminuida?** Es un deterioro Visual, que no es corregible con espejuelos, lentes de contacto, medicina ó cirugía la cual interfiere con la habilidad de la persona para realizar las actividades cotidianas. **¿Que causa la Visión Disminuida?** puede ser el resultado de una variedad de enfermedades y/o traumatismos, que pueden afectar los ojos. Otras causas son edad avanzada, retinopatía Diabética, cataratas, glaucoma, y/o degeneración macular. **¿Como afecta la Visión Disminuida a las personas en su vida cotidiana?** Experimentan cambios físicos, psicológicos y económicos que reducen su calidad de vida. Sin la apropiada asistencia e instrucción los pacientes pueden tener dificultad al utilizar los instrumentos de aumento y completar las actividades diarias tales como: \* Preparación de comida, Lectura, Administración de sus finanzas, Mantenimiento de la casa, Arreglarse, Compras, Actividades de la comunidad y recreación. Un paciente beneficiario de seguro, con visión disminuida puede ser elegible para servicios de rehabilitación. Este servicio esta diseñado para mejorar el funcionamiento y elevar la calidad de las actividades diarias, incluyendo el cuidado personal y el manejo del hogar.

## DERECHOS DE LOS PACIENTES, QUEJAS Y SUGERENCIAS

Nuestros clientes/encargados tienen la opción de ejercitar sus derechos, participar en su plan de cuidado, dar quejas y sugerencias, recomendar cambios en nuestras pólizas sin tener miedo de represalias o discriminación. Cualquier queja o duda recibida (preferentemente por el administrador), va a ser profundamente investigada, respondida por escrito, incluyendo un plan de acción si es necesario.

## RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Como paciente de cuidado de salud en la casa tiene la responsabilidad de: dar información exacta y completa de su salud incluyendo enfermedades anteriores, así como hospitalizaciones, alergias, y cualquier otro detalle que considere pertinente, ayudar a desarrollar y mantener un medio ambiente sin peligros, mantener informada a la agencia de cuando no pueda cumplir con una de sus visitas, participar en el desarrollo y actualización del plan de cuidado de la salud y cumplir con el régimen médico prescrito, adherirse al plan desarrollado (y actualizado de cuidado de su salud), Pedir mayor información concerniente a cualquier cosa que no haya entendido, dar información a la agencia sobre dudas o problemas que pueda tener, aceptar el empleado enviado, sin tener en cuenta raza, color, religión, sexo, edad, incapacidad física, u origen nacional y comprometerse a brindarle seguridad contra mascotas (perros, serpientes, etc) y cualquier tipo de armas, Mantenerse bajo el cuidado de sus doctores cuando recibe servicio de enfermería o terapia, Mostrarle a la Agencia todos los detalles de su seguro y situación financiera, firmar los consentimientos necesarios, Aceptar la responsabilidad si rehusa cualquier parte del tratamiento.

## SERVICIOS DE ASISTENCIA DE LENGUAJE

Usted tiene el derecho de recibir cuidado en su propia lengua. Este servicio es proveído sin costo a usted. Nuestra agencia hará todo lo posible para asistirle con sus necesidades. Si usted necesita ayuda adicional llame a nuestra oficina.

## TÉCNICAS PARA COMBATIR LA DEPRESIÓN

**Investiga.** Busca todo lo que puedas acerca de la depresión, sus causas, signos y síntomas, y que tratamientos convencionales hay disponibles. Mientras más conozcas y entiendas acerca de la depresión, mejor preparado estarás para combatirla. **Habla con alguien acerca de la depresión.** Un problema compartido, es uno resuelto. No se ha sentido mejor cuando logra sacar algo de su pecho? Seguro que si. Hablar acerca del problema, le ayuda en poner en perspectiva la solución y mejor lidiar con la situación. **No tema tratar cosas nuevas.** Cada persona es diferente, y algunos responden mejor a diferentes tratamientos. **Mantenga un diario sobre la depresión.** Esto le puede ayudar a sacar su problema, a travez de sus sentimientos, pero en un papel envez de frente a una persona. **Mejore su dieta.** Estamos seguros que usted está de acuerdo que muchos trataríamos esto, tengamos o no depresión. La relación de la dieta y la depresión esta dada debido a que con una mejor dieta usted puede mejorar su figura, apariencia y estado físico, lo que le ayudaría con su auto valoración.

## MINIMO CARGO POR NUESTROS SERVICIOS

Los Cargos son por visita: Enfermera, Terapeuta, Trabajador Social: \$100.00, Enfermera Licenciada: \$95.00, Auxiliar de Enfermera: \$65.00. Estos cargos pueden variar de acuerdo al Seguro Privado, Co-pagos, Opción de pago Personal (Pregúntele a la enfermera o terapeuta que lo admite, que le explique la Sección Uno y Dos del Acuerdo de Servicio para más información sobre cargos)

## METAS NACIONALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

\* Identifique el Paciente correctamente \* Evite el riesgo de Infecciones \* Chequee las Medicinas del Paciente \* Evite Caídas \* Identifique riesgos de seguridad del Paciente

## PREVENCIÓN DE FRAUDE

**Vías para protegerse del fraude:** \* Revise profundamente el sumario de los reclamos hechos en su nombre para asegurarse que recibió todos los servicios listados en él. \* Nunca comparta (o deje que otra persona use) su número de Medicare/Seguro, exceptuando a su doctor u otros proveedores. Guarde de forma segura el número de su Seguro Social/Medicare/Seguro. \* Reporte sospechas de fraude llamando al 1-800-MEDICARE, o su compañía de seguro, mientras más rápido reporte errores, más rápido se puede investigar y parar posible fraude.

## SERVICIOS

Le proveeremos un servicio o una combinación de servicios en su hogar, los cuales estarán bajo la dirección de su médico y serán programados, coordinados y ofrecidos de conformidad con sus necesidades por nuestro equipo calificado de trabajo y bajo la dirección de su médico. Los servicios que podemos ofrecerles son: ENFERMERIA, ASISTENTE DE SALUD, TERAPIA FÍSICA, OCUPACIONAL Y DEL HABLA, SUEROS (IV), TRABAJADOR SOCIAL, AYUDA DOMESTICA, CUIDADO PERSONAL Y DE COMPAÑIA.

## REQUISITOS DE ADMISION

Nosotros solo podemos admitir pacientes que hayan sido referidos por su medico (servicios profesionales) y en base a la necesidad de dicho paciente, de su estado de incapacidad para movilizarse fuera de su hogar, y al tipo de servicios que podemos ofrecerle. En caso de que nos sea posible satisfacer sus necesidades, ya sea directamente a través de la Agencia, o indirectamente a través de subcontratación de servicios con otros proveedores, no le admitiremos o no continuaremos brindándole nuestros servicios.

## 10 MITOS COMUNES DE LA INFLUENZA

**1. Puede enfermarse a través de la vacuna.** La vacuna de la influenza se hace a partir de virus inactivos que no pueden transmitir la infección. **2. Tuve el flu a pesar que fui vacunado, por lo tanto la vacuna no funciona.** La vacuna es diseñada para combatir los 3 virus más comunes, pero cualquiera puede adquirir un virus diferente no incluido en la vacuna. **3. Personas saludables no tienen que vacunarse.** Las recomendaciones incluyen la vacuna anualmente, para cualquier persona mayor de 6 meses. Trabajadores de la salud, deben vacunarse para evitar la diseminación del virus. **4. La vacuna no es segura para mujeres embarazadas.** Las embarazadas deben recibir la vacuna, por la reducción del sistema inmunológico y hay un alto índice de muertes durante el embarazo. **5. La vacuna no es necesaria todos los años.** Los virus cambian y mutan todos los años. **6. Es mejor esperar y vacunarse al final de la estación de influenza.** La inmunidad de la vacuna dura toda la temporada de la influenza. Es mejor ser vacunado al inicio, ya que la temporada es otoño e invierno (hasta Mayo), con el tope a final de Noviembre hasta Marzo. **7. Influenza es como un "mal catarro".** El flu puede causar síntomas como de un catarro malo, pero gran número de personas son hospitalizadas o mueren por el flu cada año. **8. Puedes diseminar el flu si te sientes bien.** 20% - 30% de las personas tienen el flu sin síntomas. Una persona es infeccioso 1 día antes de los s/s del flu, y 5 - 7 días después de no tener s/s. **9. Puedes coger el flu si sales afuera en mal tiempo (frio, lluvia), etc.** El virus solo se disemina a través de contacto con personas infectada que tocan, estornudan o hablan cerca suyo. **10. Los antibióticos son necesarios para el flu.** Antibióticos no trabajan frente a los virus.

## LA ASISTENTE DE ENFERMERA EN LA CASA

La asistente de enfermeras es una empleada que ha sido específicamente entrenada a proveer cuidado personal y servicios relacionados con el paciente. Para poder recibir una asistente, usted debe recibir los servicios de una enfermera registrada, una terapeuta física o de una terapeuta para problemas en el habla. La asistente de enfermera de casa debe **REALIZAR** cuidado personal: Baño de esponja o ducha, Lavado de cabeza o cabello, Cuidado de la piel, Afeitado al paciente, Hacerle o cambiarle la ropa de cama, Deberes adicionales que **pueden ser incluidos** con cada visita: Lavado de la ropa como: ropa interior, ropa de dormir, Organizar el baño, limpiar bañadera y lavamanos, Caminar al paciente si es requerido por la enfermera o terapeuta, Preparación de comida, una comida breve de emparedado o sandwich, ensalada o sopa. Asistente lavará los platos que tenga que ver con la preparación de esta comida. **LABORES QUE PUEDEN SER NO INCLUIDAS EN LOS SERVICIOS** (si no son autorizadas por el seguro)

- |   |  |                      |
|---|--|----------------------|
| 1. Limpiar pisos                                  | 6. Empapelar gavetas   | 11. Baño de Mascotas |
| 2. Lavar ventanas o muebles                       | 7. Ir de compras a más de una tienda                               |                      |
| 3. Descongelar y limpiar refrigeradores o neveras | 8. Transportar pacientes en automóvil de asistentes                |                      |
| 4. Limpiar hornos                                 | 9. Pasar aspiradora a colchones                                    |                      |
| 5. Limpiar o lavar paredes                        | 10. Pasar aspiradora a área que no sea el dormitorio del paciente. |                      |

### EL SERVICIO PUEDEN NO CUBRIR POR LIMPIAR SU CASA O ACOMPAÑARLE

Mientras tanto el paciente esta solo o que no pueda físicamente asumir los cuidados de la casa, o si el conyugue esta igualmente incapacitado, la asistente de enfermera puede asumir responsabilidad por: Ir de compras una vez por semana, Lavado de ropa, para el paciente solamente, Preparar comida para el paciente solamente, Lavar los platos del paciente solamente

## INFORMACION SOBRE RETIRO DE DESECHOS BIOLÓGICOS

Atención! Todos los pacientes que requieren del retiro de desechos biológicos. Mientras le damos servicios médicos en su casa colocaremos un contenedor para los desechos biológicos, estamos requeridos por la ley a hacerlo. El contenedor en su casa sera usado para desechos biológicos solamente, y no puede ser usado de ninguna otra forma. Nuestra Agencia ha contratado a \_\_\_\_\_ para recoger los desechos dentro de 28 días después de su instalación, cumpliendo con regulaciones estatales. La compañía anterior le contactará para arreglar la recogida de los desechos, por favor ayúdenos y colabore acomodando la cita para la recogida. **EL CONTENEDOR DE DESECHOS DEBE ESTAR DENTRO DE SU CASA HASTA QUE SEA RECOGIDO POR LA COMPAÑIA CONTRATADA. NUNCA PONGA EL CONTENEDOR EN LA BASURA, O FUERA DE SU CASA PARA QUE SEA RECOGIDA POR LOS SERVICIOS DE LA CIUDAD, ESTO ES ILEGAL!. SI OCURRIERA USTED O NUESTRA AGENCIA PUEDEN SER PERSEGUIDOS SI OTRA PERSONA ES DAÑADA POR LOS DESECHOS.** Si necesitara que su contenedor fuera removido antes de la cita convenida, o tiene cualquier pregunta acerca de el manejo de los desechos, llame a nuestra Agencia y hable con uno de nuestros representantes. Si deseara que este servicio continuara despues que halla sido dado de alta de nuestros cuidados, favor de llamar a la compañía anterior.

## ALZHEIMER'S Y EL CUIDADO DE LA SALUD A DOMICILIO

El cuidado de la salud a domicilio es una ayuda muy importante para el cuidado de los pacientes con Alzheimer's y sus familiares o encargados, porque provee el tipo de cuidado mas importante - servicio en el comfort de su residencia o en el lugar que vive. Los criterios para ser admitidos en el Cuidado de Salud a domicilio, para personas en diferentes etapas de la demencia, no siempre son bien conocidos, las condiciones de movilidad, nutrición y peso, comunicación, problemas de infección y degeneración general del estado del paciente son elevados. El apoyo psicologico y físico del cuidado en la casa por los empleados de las agencias del cuidado de la salud a domicilio, incluyendo las instrucciones y uso de equipos que ayuden al paciente, es una grata ayuda a la familia o guardianes de los enfermos. El cuidado de un paciente de Alzheimer's es un reto que necesita de todo, la paciencia, la creatividad, el conocimiento, y las habilidades de cada persona encargada del cuidado del enfermo. Nuestra Agencia trata a los pacientes de cualquier tipo de enfermedad o condición terminal, incluyendo muchos tipos diferentes de demencia como el Alzheimer's. Usamos una evaluación completa de las necesidades del paciente y familiares, orientándolos en sus necesidades más apremiantes. Esto es muy importante para los familiares/encargados de los enfermos de Alzheimer's, ya que estos pueden tener problemas comunicando sus necesidades a los familiares. Más que otras enfermedades, estos pacientes pasan mucho tiempo, en las etapas finales de la enfermedad, confinados a la cama, la mayor parte del tiempo sin expresión ninguna, y con necesidad total de cuidado. Como el cuidado a todos los pacientes de nuestra Agencia, es el objetivo de nuestro programa de cuidado de la salud a domicilio para pacientes con Alzheimer's proveer el cuidado a los enfermos, mientras ayudamos a los familiares y encargados, sin tener en cuenta las habilidades o no del paciente.



## QUÉ DEBO SABER SOBRE SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS

¿Cual es el nombre de cada medicamento? \* ¿Para qué es? \* ¿A qué hora debo tomarlo? \* ¿Cuánto debo tomar cada vez? \* ¿Cómo debo tomarlo? \* ¿Debo tomarlo con comida? \* ¿Por cuánto tiempo debo tomarlo? \* ¿Qué debo hacer si omito una dosis? \* ¿Hay efectos secundarios? \* ¿Qué debo hacer si tengo algunos? \* ¿Es seguro tomarlo con otro medicamento, incluyendo medicamento sin receta, vitaminas o a base de hierbas? \* ¿Cuáles alimentos, bebidas o actividades debo evitar mientras lo tomo?

## ¿QUIÉN ES RESPONSABLE DE SUS MEDICAMENTOS?

**Mucha gente ... incluyéndole a usted!** Los médicos revisan todos sus medicamentos para asegurarse de que puedan tomarse juntos. Los farmacéuticos revisan sus medicamentos nuevos para ver si hay algún otro medicamento, comida o bebida que no pueda tomar con ellos. Esto le ayuda a evitar tener una mala reacción.

Las enfermeras y otras personas que le atienden pueden preparar los medicamentos o dárselos.

**Y si olvida las instrucciones para tomar un medicamento o no esta seguro de como hacerlo?** Llame a su médico o farmacéutico. No tema preguntar acerca de sus medicamentos.

## MEDIDAS DE SEGURIDAD CON EL OXÍGENO

Oxígeno puede usarse seguramente en la casa. Siga las siguientes **Medidas de Seguridad**: El Oxígeno es una droga, mucha o poca cantidad puede ser peligrosa, use solamente lo ordenado por su Doctor, no cambie la cantidad sin contar con él. Si piensa no está recibiendo la cantidad que necesita, contacte con su Doctor. **Precauciones de Fuego**, el oxígeno por si mismo no se incendia, pero puede provocar un gran incendio en pocos segundos, siga las siguientes recomendaciones para prevenirlos: NO Fume, evite llamas abiertas, no use equipos con cordones dañados o cortes, evite usar máquinas de afeitar equipos con controles como bolsas calientes eléctricas, Evite la carga estática, no use ropas de nylon o material parecido. **Guarde y Maneje el Oxígeno adecuadamente**, coloquelos lejos de fuentes de calor o donde le de el sol directamente, coloque el cilindro en guacales seguros, nunca le aplique sustancias grasosas.



## GUIDESE Y GUIDE SU DIABETES

La Diabetes afecta a un 5% de la población de los EUA, aproximadamente 14 millones de personas. Se define como una enfermedad causada por la disminución de la producción o la habilidad de usar la hormona Insulina. La causa de la Diabetes se desconoce, pero se cree factores hereditarios y la dieta, juegan un papel importante en su desarrollo. Las personas con Diabetes, tiene necesidades nutricionales como cualquier otro, unido a los ejercicios y los medicamentos, la nutrición es un factor importante, comiendo alimentos bien balanceados y en cantidades correctas, se puede mantener los niveles de azúcar en sangre bien cercanos a los normales. Ningún alimento ofrece los nutrientes necesarios para cubrir las necesidades del cuerpo, por lo tanto debe planificar con su Dietista/Doctor para diseñar una dieta que satisfaga sus necesidades, unido a su plan de medicamentos, que le ayude a controlar su Diabetes.

## MANEJO DEL DOLOR

Los tipos de dolor, así como sus causas, son diferentes. **Preguntas para hacerle a su médico** n¿Qué analgésico me va a recetar o suministrar? n ¿Puede explicarme las dosis y los horarios en que debo tomar el medicamento? n¿Con qué frecuencia debo tomar el medicamento? n ¿Por cuánto tiempo debo tomar el analgésico? n ¿Puedo tomar el analgésico junto con las comidas? n ¿Puedo tomar el analgésico junto con otros medicamentos? n ¿Debo abstenerme de consumir alcohol cuando tomo un analgésico? n¿Cuáles son los efectos secundarios del analgésico? n ¿Qué debo hacer si el medicamento me provoca malestar estomacal? n ¿Qué puedo hacer si el medicamento no surte efecto? n¿Qué más puedo hacer para ayudar a aliviar mi dolor?

## PRECAUCIONES PARA EVITAR CAIDAS

Muchas caídas pueden prevenirse. Con unos cuantos cambios se puede disminuir las posibilidades de una caída.

**Cuatro cosas que USTED pueden hacer para prevenir caídas:** **1 Comience un programa de ejercicio rutinario** Hacer ejercicio no solo es una de la formas más importantes que hay para disminuir las posibilidades de una caída, sino que lo fortalece y le ayuda a sentirse mejor. La falta de ejercicio conduce a la debilidad y aumenta las posibilidades de una caída.

Pídale a su médico o proveedor de servicios médicos que le diga cuál es el mejor programa de ejercicios para usted. **2 Pídale a su proveedor de atención médica que revise sus medicinas** Pídale a su médico o farmacéutico que revise todas las medicinas que está tomando, incluidas las que no requieren receta. A medida que usted envejece, puede cambiar la manera como reaccionan las medicinas en su cuerpo. Algunas medicinas, o combinación de medicinas, pueden darle sueño o caída, y provocar una caída. **3 Examínese la vista** **4 Haga más seguro su hogar** Quite las cosas con las que pueda tropezarse (como papeles, libros, ropa y zapatos) de las escaleras y los lugares por los que usted camina. Quite las alfombras pequeñas o use una cinta con adhesivo en ambos lados para evitar que se resbalen las alfombras. Coloque las cosas que usa con mayor frecuencia en los estantes inferiores para poder alcanzarlas con facilidad y sin necesidad de usar escaleras plegables. Instale barras para sostenerse junto a su inodoro y en la bañera o en la ducha. Use alfombras antiresbalantes en el suelo de la bañera y de la ducha. Mejore el alumbrado en su casa. Al ir envejeciendo, necesitará luces más brillantes para ver bien. Coloque cortinas o persianas ligeras para reducir el resplandor. Coloque pasamanos y luces en todas las escaleras. Use zapatos tanto dentro como fuera de su hogar. Trate de no caminar descalzo ni usar pantuflas.

## PRECAUCIONES CON DISPOSITIVOS Y EQUIPOS MEDICOS

El uso de dispositivos/equipos médicos como Oxígeno, Glucómetro, suministros médicos, dispositivos para caminar, etc, pueden llevar a serios problemas, incluyendo diagnósticos incorrectos o demoras en el tratamiento o lesiones del paciente. Favor de:

- \* Revise e inspeccione todos los Dispositivos y Equipos antes de usarlos, seleccione solo los correctos y confortables, asegúrese que esté funcionando y se instaló bien, nuestro personal debe monitoriar el progreso/función de los Dispositivos, en el caso de algún problema debe saberse como responder para reducir los riesgos.
- \* Exija que cualquier dispositivo dañado sea chequeado por un técnico autorizado.
- \* Guarde los dispositivos en lugares seguros
- \* Mantenga cargada las baterías de los equipos de los equipos que la requieran
- \* Exija que los equipos se les de el mantenimiento requerido
- \* Exija que cualquier desechable sea apropiado y seguro.

## AYUDE A PREVENIR ERRORES EN EL CUIDADO QUE RECIBE

Todos participan para que el cuidado de la salud sea seguro, médicos, ejecutivos, enfermeras y muchos técnicos. Las Agencias del cuidado de la salud en todo el país están trabajando para hacer que la atención sea más segura. Como paciente, usted puede hacer que su atención sea más segura participando activamente, informándose sobre su equipo médico. Pregunte si tiene dudas o preocupaciones. Si no entiende, vuelva a preguntar, es su cuerpo y tiene derecho a saber lo que le harán. Preste atención a los cuidados que recibe. Siempre asegúrese de estar obteniendo el tratamiento correcto y los medicamentos indicados, por parte de los profesionales de la salud apropiados. No dé nada por sentado. Aprenda acerca de su enfermedad, las pruebas médicas que se le hacen y su plan de tratamiento. Pídale a un familiar o amigo que sea su intercesor. Sepa qué medicamentos toma y para qué son. Los errores en la administración de medicamentos son los más comunes en el cuidado de la salud. Escoja una Agencia del cuidado de salud a domicilio que haya sido inspeccionada. Participe en todas las decisiones sobre su tratamiento.

## REGLAS BASICA DE SEGURIDAD: EN EL HOGAR

Muchos accidentes se pueden prevenir en la casa siguiendo algunas sugerencias muy basicas. **Recomendaciones:** Remueva alfombras regadas para evitar caidas, asegurese que no esten deshilachadas, Mantenga los pasillos libre de artículos para evitar caidas y que contribuyan a causar un fuego. No sobrecargue los tomacorrientes y no coloque las extensiones debajo de las alfombras, todas las escaleras/rampas deben tener barandas para manos y los pisos deben ser antiresbalantes, Evite usar ropa holgada cuando este utilizando la cocina, utilice agarraderas y guantes insulados para manejar artículos calientes. Mantenga los utensilios de cocinar accesibles y sientese cuando sea posible para evitar cansancio, En los baños utilice alfombras antiresbalantes para evitar caidas en los pisos mojados; utilice tiras/alfombras antiresbalantes en la bañadera, Siempre pruebe la temperatura del agua antes de entrar en la ducha o la bañadera, (120 grados o menos), Utilice agarraderas y sillas en la bañadera. Utilice asientos de inodoro altos para personas que estan muy enfermas, débiles, o se cansan facilmente, Por la noche utilice una luz para evitar caidas en la oscuridad. Mantenga el teléfono y otros artículos que puedan ser necesario durante la noche en la mesa de noche, Instale detectores de humo en todos los cuartos; mantenga un extinguidor de fuego en la casa y aprenda como usarlo. Prepare una ruta de escape de emergencia y practiquela para evitar pérdidas de tiempo en caso de fuego, Si un equipo de oxígeno se esta utilizando en la casa, asegúrese de como proceder en caso de una situación de emergencia.

COLOQUE LOS NUMEROS DE EMERGENCIA EN EL TELÉFONO O CERCA DE ESTE!

## PLAN DE EMERGENCIA Y SEGURIDAD DEL HOGAR \* PLAN DE SALIDA DE EMERGENCIA

**RECOMENDACIONES:** Cuando un fuego comienza se expande rapidamente y puede existir una gran confusion por lo tanto es importante que todos sepan que hacer. Desarrolle un plan de salida de emergencia. Determine un punto de reunión fuera de la casa para asegurarse que todas las personas han logrado salir. Practique el plan de salida de emergencia para asegurarse que todos pueden escapar rapidamente, en forma segura. **ZONAS DE LA CASA** Inspeccione que los cordones eléctricos y teléfonos de su casa estén en buenas condiciones, quite alfombras que puedan causar caidas. Inspeccione que los tomacorrientes/ conmutadores (switches) esten funcionando correctamente. **RECOMENDACIONES:** Estan los cordones eléctricos/teléfono fuera del paso de emergencia? Arregle los muebles de modo que los tomacorrientes esten cerca de los enseres eléctricos. Minimice el uso de extensiones eléctricas para evitar accidentes. Muebles colocados sobre cordones, clavos, y presillas pueden causar daños y originar fuegos. Cordones eléctricos por debajo de las alfombras pueden causar un fuego. Elimine cordones eléctricos, clavos, y presillas de abajo de los muebles y las alfombras. Utilice cinta adhesiva para fijar cordones a las paredes y pisos. Si necesita usar una extension eléctrica, asegúrese que tiene los amperes y vatios adecuados. Si las especificaciones del cordon son excedidas, cambie el cordon a uno de mayor capacidad o desconecte algunos de los enceres domésticos. **NO UTILICE CORDONES ELECTRICOS DESGASTADOS. CUARTOS:** Están las lámparas/switches facilmente accesibles?, estos deben estar localizados cerca de las camas para asistir cuando el cuarto está oscuro. Reorganice los muebles para que esten cerca de los switches. Instale luces pequeñas para dejar encendidas durante la noche. No se debe fumar en la cama ya que es una de las causas comunes de muerte debido a incendios. (platos calientes, etc.). Remueva artículos cerca de la cama que puedan causar un incendio. **DETECTORES DE HUMO** Están adecuadamente localizados? **RECOMENDACIONES:** Debe haber un detector de humo localizado en cada piso de su casa. Siga las instrucciones del fabricante para el lugar mas apropiado para la instalación del equipo. Coloque los detectores cerca de los cuartos, en el techo o en la pared entre 6-12 pulgadas debajo del techo, deben ser localizados lejos de los conductos de aire acondicionado. Quemaduras y hasta muertes son frecuentemente causadas por humo y gases tóxicos y no por el fuego. Los detectores avisan en las etapas primarias del fuego. Si no puede comprar un detector de humo, algunos departamentos de bomberos y gobiernos locales pueden ayudarle en adquirir e instalar uno. Compre uno o llame al departamento de bomberos para información adicional. Reemplace baterías y bombillos segun las instrucciones del fabricante. Reemplace cualquier detector de humo que no pueda ser reparado. Limpie las rejillas de su detector de incendio.

## QUE PUEDE HACER PARA PREVENIR INFECCIONES

**Lávese las manos:** Use jabón/agua tibia. Frótese muy bien las manos durante al menos 15 segundos, las palmas, las uñas y entre los dedos, así como el dorso de las manos, o si no cree que las tenga sucias, límpielas/frotelas con un gel higienizante de alcohol, hasta que las manos le queden secas. Lávese las manos antes de tocar o ingerir alimentos, después de ir al baño, sacar la basura, cambiar un pañal, visitar a alguien que esté enfermo o jugar con una mascota. **Asegúrese de que nuestros empleados se laven las manos y usen guantes:** Nuestro staff deben usar guantes cuando le están dando servicio, no tema preguntárleselo. **Cúbrase la boca y la nariz:** Cuando estornuda o tose, los gérmenes pueden llegar a más de un metro de distancia, cúbrase la boca y la nariz para evitar que la infección se extienda y contagiar a otros. **Si está enfermo, evite el contacto directo con otras personas:** manténgase alejado de otras personas o permanezca en casa. No le dé la mano a nadie ni toque a los demás. Si tiene una herida o lesión en la piel, obsérvela por signos de infección como humor, fiebre.

## PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE INFECCIONES

Para proteger a ambos, al cliente y al que lo cuida, los procedimientos del control de infecciones serán seguidos en el hogar. **RECOMENDACIONES: Lavado de manos:** Esta es quizás la más fácil, la más importante y efectiva manera de prevenir la transmisión de infecciones de una persona a otra. El cliente y empleado deberán lavarse las manos antes y después de proveer los cuidados, como también después de estar en contacto con artículos potencialmente contaminados. **LAVESE LAS MANOS!!!** Use **guantes** de latex (goma) o cualquier guante desechable - Los guantes deben ser usados cuando esté en contacto con cualquiera de los siguientes: Sangre, Orina, Eces Fecales, Espectoración, Cualquier fluido o secreción del cuerpo. Asegurarse de botar cualquier artículo que esté o pudiera estar contaminado. (Ejemplo: Kleenex) poner adentro de una bolsa plástica cerrada. Use **mascara** respiratoria de protección si se necesita. Nuestro personal profesional le dará las instrucciones apropiadas para las medidas del control de infección. Si tiene alguna pregunta déjele saber a su enfermero, terapeuta, médico, o llame a nuestra oficina. Para cualquier pregunta o duda referente a enfermedades infecciosas, contacte a su doctor. Tenga servilletas sanitarias listas para que todos la puedan usar. Limpie a menudo las áreas que sean tocadas frecuentemente.

## VACÚNESE PARA EVITAR ENFERMEDADES Y QUE SE EXTIENDAN LAS INFECCIONES

Asegúrese de que sus vacunas estén actualizadas; no importa que sea usted un adulto. Pregunte a su médico qué vacunas podría necesitar. Hay vacunas disponibles para prevenir estas enfermedades: • Varicela • Paperas • Sarampión • Difteria • Tétanos • Hepatitis • Herpes • Meningitis • Gripe (Influenza) • Tos convulsiva (tosferina) • Rubeola • Neumonía • Virus del papiloma humano (HPV)

## PRECAUCIONES UNIVERSALES PARA NUESTROS EMPLEADOS

Nuestra Agencia garantiza que todos nuestros empleados, se adhieran a las siguientes medidas cuando brindan servicios a nuestros clientes, de esta forma los riesgos de transmisión de enfermedades disminuyen considerablemente. Deben usarse **guantes** cuando se está procediendo al cuidado de los pacientes, tomando muestras, haciendo limpiezas domésticas, o cuando se entra en contacto con piezas que pueden haberse mezclado con sangre, o fluidos de la sangre. Una **mascara** y protección de los ojos y cara deben usarse durante procedimientos que puedan generar derrame de fluidos sanguíneos, sangre, o cuando el paciente está tosiendo en gran medida. Deben usarse guantes cuando se manejen muestras sanguíneas, para prevenir contaminación desde esas muestras o sangre. **Lavarse las manos** es mandatorio antes y después que los guantes son quitados. Además, las manos y otras partes de la piel deben lavarse inmediatamente y profundamente si entra en contacto con fluidos sanguíneos o sangre, y después de toda las actividades de cuidar al paciente. Si nuestros empleados tienen heridas abiertas, rasguños, o dermatitis en sus manos, tienen que usar guantes antes de cualquier contacto con los pacientes.

## PRACTICAS DE HIGIENE RESPIRATORIA

Deben seguirse para prevenir todas las infecciones respiratorias en el cuidado de la salud, incluyendo influenza, deben ser incorporadas en nuestras prácticas de control de infecciones como parte de las precauciones estándares.

1. Alertas visuales: (en el lenguaje apropiado), instruyendo a los pacientes y quienes lo acompañan (familia, amigos) informar a nuestro personal de cuidado de la salud cuando tengan síntomas de infección respiratoria (catarro, problemas para respirar, goteo por la nariz, fatigas, estornudos).
2. Cubrir su catarro: para la propagación de gérmenes que pueden enfermarlo a usted y a otros. La influenza y otras enfermedades respiratorias como virus respiratorios, catarros y problemas agudos respiratorios se propagan al tocar, estornudar o manos sucias.
3. Mantenga información sobre Equipos de Protección Personal demostrando cuando es necesario usarlos o discontinuar su uso.
4. Uso de máscaras y separación de personas con síntomas de problemas respiratorios: durante períodos de aumento de las enfermedades respiratorias en la comunidad (por ejemplo se aumentan ausencias a escuelas, trabajo y aumentan las visitas a los doctores), se le puede requerir usar mascarar si está tosiendo. Pueden usar mascarar generales de procedimiento o de operaciones. (No es necesario usar mascarar respiratorias como la N-95 o superiores). Si hay espacios en donde vive, al sentarse separece las personas enfermas de las que no están por al menos 3 pies en áreas comunes.
5. Una precaución especiales: advertimos a nuestros profesionales usar mascarar en adición a las precauciones estándares cuando examinan pacientes con síntomas de problemas respiratorios, particularmente si hay fiebre. Estas precauciones deben mantenerse hasta que se determine que los síntomas no lo provocan un agente infeccioso que requieren precauciones especiales.

## POLIZA SOBRE DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Próposito: Proveer una atmósfera de respeto y cuidado que asegure los derechos a la habilidad del paciente/familia para participar en decisiones médicas que aseguren los deseos de los pacientes acerca de su cuidado, tratamiento y servicios, y expandir los conocimientos sobre directivas anticipadas y como la Agencia garantiza la participación de los pacientes, familia y nuestro personal en la toma de decisiones médicas.

### POLIZA:

1. En el momento de la Admisión le informaremos a nuestros pacientes acerca de la Póliza sobre Directivas Anticipadas. La Agencia reconoce el derecho de un adulto competente a formular decisiones acerca de su propio cuidado médico verbal o por escrito. Esto incluirá decisiones de cirugía o cuidado medico, o procedimientos para prolongar la vida, ejecutarla o eliminarla.
2. La Agencia aceptará y actuará de acuerdo a las Directivas Anticipadas del Paciente dentro de los requerimientos de la ley. La orden de "No Resucitar" (DNR) o de "No Entubar" (DNI) sera aceptada solamente cuando sea ejecutada correctamente y aprobada por el doctor del paciente. Acciones apropiadas serán tomadas para ser discutidas con los pacientes/familiares, cuando se reciba la orden
3. Pacientes, guardianes, empleados de la agencia y la comunidad serán educados en lo referente a Directivas Anticipadas. Paciente/familiares serán educados con material impreso durante la admisión, conteniendo todo el material orientado por el estado acerca de las regulaciones sobre Directivas Anticipadas, explicando cada tópico como testament, orden DNR, etc. Staff de la Agencia a traves de orientación y entrenamientos conducidos por la Agencia.
4. La presencia o ausencia de directivas anticipadas no influirá en la decision de proveer cuidados médicos. Si las Directivas Anticipadas no son ejecutadas propiamente, todo nuestro staff tomarán medidas de emergencia. Cualquier cambio en las Directivas Anticipadas se le comunicará a todo nuestro personal.
5. Si un paciente es transferido a otro proveedor del cuidado de salud, la información enviada incluirá las Directivas Anticipadas.
6. Nuestra Agencia proveerá servicios a todos los pacientes sin tener en cuenta si han ejecutado o no Directivas Anticipadas.

## INSTRUCCIONES POR ADELANTADO REFERENTES A LA ATENCION MEDICA EL DERECHO DE LOS PACIENTES A DECIDIR

Cada adulto competente tiene el derecho de tomar decisiones con respecto a su salud, incluyendo el derecho de elegir o rehusar tratamiento médico. Cuando una persona ya no puede tomar decisiones debido a un cambio físico o mental, tal como estar en coma o desarrollar demencia (como la enfermedad de Alzheimer), se considerará que está incapacitada. A fin de asegurar que las decisiones sobre el cuidado de la salud de una persona incapacitada aún se respeten, la legislatura de la Florida aprobó legislación pertinente a las directivas por anticipado de cuidado médico (Capítulo 765 de los Estatutos de la Florida). La ley reconoce el derecho de un adulto competente de redactar directivas por anticipado indicándole a su médico que proporcione, retenga o retire procedimientos que prolongan la vida; designar a otra persona para que tome decisiones en cuanto al tratamiento si la persona no puede tomar sus propias decisiones; y/o indicar el deseo de hacer una donación anatómica después de la muerte. Por ley, a los hospitales, asilos de ancianos, agencias de cuidado de la salud en el hogar, hospicios y organizaciones de mantenimiento de la salud (HMOs) se les requiere que provean a sus pacientes información escrita, como este folleto, relacionada con las directivas por anticipado de cuidado médico.

**¿Qué es una directiva por anticipado?** Es una declaración escrita u oral sobre la manera que usted quiere que se tomen las decisiones médicas en caso de que usted no pueda tomarlas por sí mismo y/o puede expresar su deseo de hacer una donación anatómica después de la muerte. Algunas personas las escriben cuando son diagnosticadas con una enfermedad que amenaza la vida. Otras ponen sus deseos por escrito mientras están saludables; otras como parte de la planificación de su caudal hereditario. Tres tipos de directivas por anticipado son: Un testamento en vida, Una designación de sustituto para que tome decisiones acerca del cuidado medico, Una donación anatómica. Usted puede elegir completar uno, dos o los tres formularios. Este folleto provee información para ayudarle a decidir lo que mejor se ajusta a sus necesidades.

**¿Qué es un testamento en vida?** Es una declaración escrita u oral sobre la clase de cuidado médico que usted desea o no desea si llega un momento en que no puede tomar sus propias decisiones. Se llama testamento en vida porque entra en vigor mientras usted todavía está vivo. Usted querrá hablar con su proveedor de cuidado médico o con su abogado para asegurarse de que ha completado el testamento en vida de una manera en que se entiendan sus deseos.

**¿Qué es una designación de sustituto para cuidado médico?** Es un documento nombrando a otra persona como su representante para que tome decisiones médicas, si usted no puede tomarlas por sí mismo. Usted puede incluir instrucciones sobre el tratamiento que desea o no, de forma similar a un testamento en vida. También puede designar a un sustituto alterno.

**¿Cuál de ellos es mejor?** Dependiendo de sus necesidades individuales, usted querrá completar uno o una combinación de los tres tipos de directivas por anticipado.

**¿Qué es una donación anatómica?** Es un documento que indica su deseo de donar, a su fallecimiento, todo o parte de su cuerpo. Esto puede ser una donación de órganos y tejidos a personas que los necesitan, o la donación de su cuerpo para entrenamiento de trabajadores de cuidado de la salud. Usted puede indicarlo designándolo en su licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado (en la oficina de licencias de conducir más cercana a usted), firmando un formulario uniforme de donante (que aparece en otro lugar en este folleto), o expresando su deseo en un testamento en vida.

**¿Se me requiere tener una directiva por anticipado bajo las leyes de la Florida?** No, no hay ningún requisito legal que exija completar una directiva por anticipado. No obstante, si no ha hecho una directiva por anticipado, las decisiones acerca de su cuidado médico o una donación anatómica podrán ser tomadas por usted por un tutor nombrado por el tribunal, su cónyuge, su hijo adulto, su padre, su hermano adulto, un pariente adulto o un amigo cercano. La persona que tome decisiones por usted puede estar consciente o no de sus deseos. Cuando usted hace una directiva por anticipado y habla sobre ella con las personas significativas en su vida, esto asegurará mejor que sus deseos se lleven a cabo de la manera que usted quiere.

**Que es la Forma de No Resucitar:** es el mecanismo usado para informar al personal médico de emergencia que el paciente no desea usar técnicas de mantenimiento de la vida artificial, en caso de un fallo respiratorio o cardiaco. La forma propiamente llenada debe ser firmada por el doctor del paciente certificando que este tiene una enfermedad terminal, y también por el paciente o su representante y dos testigos. La forma debe ser presentada al personal de rescate.

## NOTICIA SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)

**ESTE DOCUMENTO EXPLICA COMO LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y VER COMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELO CON CUIDADO.**

Nuestra Agencia esta proveyendo este documento de Prácticas de Privacidad porque la privacidad de la información sobre su salud es muy importante para usted y para nosotros, en cumplimiento con regulaciones federales. Mediante “la información de su salud” nosotros queremos decir la información que nosotros mantenemos que le identifica a usted y a su estado o tratamiento.

**Sus derechos: Usted tiene el derecho a:** Obtener una copia de su documento o registro médico electrónico o papel, corregir su documento o registro médico electrónico o papel, solicitar comunicación confidencial, pedirnos que limitemos la información que compartimos, obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido su información, obtener una copia de este aviso de privacidad, elegir a alguien que actúe en su nombre, presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados.

**Sus opciones: Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información a medida que:** Decirle a su familia y amigos su condición, la mitigación de desastres, que incluye en un directorio del hospital, proporcionar servicios de salud mental, comercializar nuestros servicios y vender su información, reunir fondos.

**Nuestros usos y divulgaciones:** Podemos utilizar y compartir su información como: Tratarlo, ejecutar nuestra organización, facturar por sus servicios, ayuda con la salud pública y de seguridad, investigar, cumplir con la ley de responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos, trabajar con el médico forense o el director de la funeraria, la compensación de la dirección del trabajador y otras solicitudes del gobierno, responder a demandas y acciones legales.

**Sus Derechos:** Cuando se trata de la información de salud usted tiene ciertos derechos. Esta sección le explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo. **Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico:** Usted puede obtener copias electrónicas o en papel de su historia clínica y alguna otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos como hacerlo. Nosotros le proveeremos una copia o sumario de su información de salud, usualmente 30 días después de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo. **Consúltenos para**

**corregir su expediente médico:** Usted puede pedir que corrijamos la información médica que usted cree que es incorrecta/incompleta. Pregúntenos como hacerlo. Podemos decir “no” a su solicitud, pero le diremos la razón por escrito dentro de 60 días. **Solicitar comunicaciones confidenciales:** Usted puede solicitar que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, por el teléfono de su casa u oficina) o enviar carta a una dirección diferente. Nosotros le diremos “sí” a toda solicitud razonable. **Consúltenos para limitar lo que usamos o compartimos:** Puede que no utilicemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podríamos decir “no” si afectara su cuidado. Si usted paga por un servicio o artículo médico de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos no compartir esa información con el propósito de pago o de nuestras operaciones con usted, a su seguro. Nosotros diremos “sí” a menos que una ley nos obligue a compartir esa información. **Obtener una lista de aquellos con los que hemos**

**compartido la información:** Usted puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud por seis años antes de la fecha en que hizo la solicitud, que compartimos con y por qué. Nosotros incluiremos todas las declaraciones con excepción de aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras ciertas declaraciones ( tal como cualquiera que nos pida que haga). Nosotros le podemos ofrecer una contabilidad de forma gratuita, pero se cobrará una tarifa razonable basada en el costo si pide otra dentro de los 12 meses. **Obtenga una copia de este aviso de privacidad:** Usted puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento. Nosotros le proporcionaremos una copia en papel en la admisión. **Elija a alguien que actúe en su nombre:** Si usted ha dado a alguien poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tiene la autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción **Presentar una queja si considera que sus derechos han sido violados:** Usted puede presentar una queja si siente que nosotros hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros. Puede presentar una queja ante la Oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU para los Derechos Civiles enviando una carta a: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/). **Nosotros no vamos a tomar represalias contra usted por presentar una queja.**

**Sus Opciones: Para obtener cierta información de salud, usted puede decirnos sus opciones acerca de lo que compartimos.** Si usted tiene una clara preferencia por la forma en que compartimos la información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos, y vamos seguir sus instrucciones. En estos casos usted tiene derecho y la opción para nosotros decir: Compartir información con su familia, amigos, allegados, u otras personas involucradas en su cuidado, Compartir información en situación de socorro. Incluye su información en un hospital directorio de la Agencia. *Si usted no está capacitado para decirnos sus preferencias, por ejemplo, si pierde el conocimiento, podemos seguir adelante y compartir su nformación si creemos que es en su mejor interés. Nosotros podemos también compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave inminente a la salud o la seguridad.*

En estos casos nosotros nunca compartiremos su información a no ser que usted nos dé permiso. Con fines de marketing, ventas de su información, más intercambio de notas de sicoterapia. Podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos, pero usted puede decirnos que no contactemos con usted de nuevo.

**Nuestros Usos y Divulgaciones: Cómo solemos usar y compartir su información de salud?** Por lo general nosotros usamos o compartimos su información de salud en las siguientes maneras.

**Trate usted:** Nosotros podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le atienden. *Ejemplo: Un médico que lo trate por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.* **Trabajo de la Agencia:** Podemos usar, compartir su información de salud para hacer nuestra práctica, mejorar su atención y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario. *Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para manejar su tratamiento/ servicios.* **Facturar por servicios:** Podemos usar, compartir su información de salud para facturar/pagos de los planes de salud u otras entidades. **Cómo podemos utilizar y compartir su información de salud?** Se nos permite o exige compartir su información por otros medios - por lo general de manera que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para más información ver:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

*www.pnsystem.com*

*page 24*

## NOTICIA SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA) (continuación)

**Ayuda con problemas de salud pública y seguridad:** Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones, como:

- Prevención de la enfermedad, ayudando en la recogida de productos en mal estado, reportar cualquier sospecha de abuso, negligencia, o violencia doméstica, prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o a la seguridad de cualquier persona.

**Hacer una investigación:** Podemos usar o compartir su información de salud para una investigación de salud. **Cumplir con la ley:**

Compartiremos información sobre usted si el estado o las leyes federales la requieren, incluyendo al Departamento de Salud y Servicios Humanos si quieren ver si estamos cumpliendo con la ley de privacidad. **Responder donación de órganos/tejidos:** Podemos compartir

información sobre su salud con organizaciones de adquisición de órganos. **Trabajar con un médico forense o director de la funeraria:** Podemos compartir información de salud con un juez de instrucción, médico forense, o el director de funeraria cuando una persona muere.

**Dirección de Compensación del Trabajador, hacer cumplir la ley, solicitudes del gobierno:** Podemos usar o compartir información de salud sobre usted: Para las reclamaciones de indemnización de los trabajadores, a efectos de aplicación de la ley o con un agente de la ley, con los organismos de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley, para las funciones especiales del gobierno tales como la seguridad nacional militar, y servicios de seguridad presidenciales.

**Responder a las demandas y acciones legales:** Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

**Nuestra responsabilidades:** Estamos obligados por la ley a mantener privacidad y seguridad de su información de salud. Nosotros le haremos saber lo antes posible si se produce un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad/seguridad de su información. Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y se le dará una copia de la misma. No utilizaremos ni compartiremos su información descrita aquí a menos que nos diga que lo podemos hacer por escrito. Si nos dice que podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Déjenos saber por escrito si usted cambia de opinión.

Para más información ver: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

**Cambios en las condiciones de este Aviso:** Nosotros podemos cambiar las condiciones de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestro sitio web, y nosotros le enviaremos por correo una copia a usted. Fecha de vigencia del presente aviso: 03/26/2013

## MANEJO DE LOS RIESGOS DE HOSPITALIZACION

Nuestra Agencia esta en la posición de responder a las necesidades de nuestros pacientes/familiares para implementar estrategias de reducir hospitalizaciones evitables. Nuestra Agencia puede identificar pacientes que estan en un alto riesgo de hospitalización, nuestro personal profesional trabajaran junto a ellos para implementar estrategias que reduzcan el riesgo, ellos podrán aprender como manejar su propia salud. Nuestra experiencia nos dice que trabajando junto a los pacientes, sus doctors, evitables hospitalizaciones pueden ser reducidas. Implementamos intervenciones especificas, en los pacientes con alto riesgo de hospitalización, para reducir en lo posible hospitalizaciones no planificadas. Un dialogo con el paciente y sus familiares es necesario para conocer sus deseos, metas y objetivos para ayudarlos a lograrlo mediante nuestro equipo multi-disciplinario. El objetivo de este equipo es comprometerse a lograr los goals de los pacientes. Es la responsabilidad de nuestras enfermeras y personal profesional, completar de una forma precisa las evaluaciones de riesgo de hospitalización, en tiempo a medida que sea necesario, y de esta forma poder comunicar los pacientes con alto riesgo de hospitalización a los supervisors, otras disciplina y personal de guardia. También es su responsabilidad la selección de intervenciones individualizadas para reducir los riesgos de hospitalizaciones. Ejemplos de intervenciones incluyen Planeamiento de Emergencias, Manejo de los Medicamentos, Visitas programadas, Monitoreo por teléfono, equipos medicos controlados por teléfono, prevención de caidas, auto-cuidado del paciente, Manejo de la enfermedad, nuestras enfermeras eficientemente comunican los resultados de las evaluaciones a los doctors y obtienen las ordenes necesarias.

## CÓMO COMPRENDER A LOS MÉDICOS Y A LOS DEMÁS PROFESIONALES DE SALUD

A veces se hace difícil comprender lo que explican los médicos u otros profesionales de salud sobre un tratamiento o procedimiento. Preguntas para hacerle a su médico: ¿Hay alguien que pueda ayudarme a comprender lo que me dice mi médico, enfermera u otro profesional de salud? ¿Hay alguien que pueda ayudarme a comprender cómo tomar mis medicinas? ¿Disponen de información en mi idioma? ¿Disponen de información en mi idioma que sea fácil de leer? ¿Hay alguien que hable mi idioma y pueda ayudarme a comunicarme con el profesional médico? ¿Existe algún grupo de ayuda para gente como yo que padezcan la misma enfermedad? ¿Existe algún otro recurso al que pueda recurrir?

**¿Qué puedo hacer si no comprendo lo que me dicen los profesionales médicos?** Hágales saber que no entiende lo que le dicen. Utilice el lenguaje corporal. Si no entiende algo, diga no con la cabeza para demostrarles que no les entiende. Haga todas las preguntas que necesite. Con sus preguntas les ayudará a entender lo que usted necesita.

**¿Qué puedo hacer si con la explicación aún no comprendo?** Dígales que sigue sin comprender. Intente ser lo más claro posible sobre lo que no entiende. Todos los profesionales de salud tienen la obligación de ayudarle a comprender. No se retire del consultorio hasta que no logre comprender lo que le ocurre y lo que debe hacer.

**¿Qué ocurre si el profesional de salud está apurado y no tiene tiempo para contestar mis preguntas?** Pregúntele si debe pedir otra cita para que pueda responder a sus preguntas.

**¿Qué puedo hacer si hablo otro idioma?** Solicite la presencia de alguien que hable su idioma. Esta persona le ayudará a comunicarse con el profesional y debe trabajar para la Agencia. Su trabajo es ayudar a las personas que hablan otro idioma. Esta persona podría no estar en la oficina. En este caso, es posible que pueda contactarle por teléfono. Usted tiene derecho a recibir gratuitamente la ayuda de alguien que hable su idioma. Pida que le entreguen folletos en su idioma.

**¿Qué puedo hacer si tengo problemas para la lectura o no puedo leer?** No se sienta avergonzado. Informe de su situación a los profesionales médicos. Ellos podrán ayudarle y le leerán lo que dice los folletos. Es posible que cuenten con información que sea fácil de leer y comprender.

**Si lo que me indica el médico no me resulta claro. ¿Debo intentar deducir lo que me dice?** No. Las indicaciones del médico son importantes. Repita lo que haya comprendido. Si lo necesita, pídale que se lo escriba. Infórmele si usted tiene algún familiar o amigo que lo ayuda con las medicinas. Pídale al médico que asigne a alguien para hablar con su familiar o amigo.

**Si no comprendo las indicaciones escritas** Informe su situación a los profesionales médicos. Dígales que necesita que alguien le lea las indicaciones, que sean fáciles de leer o que necesita que stén en su idioma.

