

# PN SYSTEM

(Your Company Info/Logo Here)



Admission Package

Formas De Admisión

Client Information Handbook

Manual De Información Al Paciente

**CONFIDENTIAL**

License #: HHA2115?????—Medicare/Medicaid Certified Home Health Agency

**Totally CUSTOMIZABLE!**

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

**ALLERGIES / ALERGIAS:**



***Please Verify Patient's Identity prior to providing care/services***

Nurse / Enfermera: \_\_\_\_\_

Aide / Auxiliar Enfermera: \_\_\_\_\_

Therapist / Terapista: \_\_\_\_\_

Physician / Doctor: \_\_\_\_\_

Director of Nursing / Director de Enfermería: Arelys Camacho, RN

Administrator / Administrador: RAUL CAMACHO

**2950 W 84 St. Bay 7. Hialeah, FL 33018**

**Ph: (305) 818-5940**

**Fax: (305) 818-5935**

Dear Home Health Care Recipient,

Thank you for choosing our Agency as your home care provider. It is our privilege to be able to service to you during your period of convalescence. Enclosed for your information are some tips on home safety and infection control as well as other general information regarding your Agency. Should you have any questions or concerns regarding your care, or if you would like additional information regarding the Agency, please call us at (305) 362-1128. Our office is open **Monday through Friday from 9:00 a.m. to 5:00 p.m.** However, our answering service is available on a twenty-four (24) hour on-call basis including weekends and holidays. Our answering service will contact the Agency's on-call representative. Once again, thanks for allowing us to be a part of your Home Care Team.

### **YOUR AGENCY'S MISSION STATEMENT**

"The Agency's mission is to provide professional and paraprofessional services to clients in their homes assisting them to achieve the highest level of potential in their day-to-day self-care activities. We are committed to providing high quality, multidisciplinary care by professionals who recognize the need for comprehensive assessment of needs from both the client and professional's point of view."

*Estimado cliente de cuidado para la salud a domicilio:*

*Gracias por escoger a nuestra Agencia como su proveedor de cuidado a domicilio. Es nuestro privilegio servirle durante su periodo de convalecencia. Para su información le incluimos algunas sugerencias sobre seguridad en su hogar y sobre control de infecciones, así como información general sobre nuestra Agencia. Si tuviera alguna pregunta o inquietud en referencia a nuestro cuidado, o si necesitara información adicional sobre nuestra agencia, por favor, llámenos al (305) 362-1128. Nuestras oficinas están abiertas de **Lunes a Viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.** Sin embargo, estamos siempre disponibles veinticuatro (24) horas al día para usted incluyendo los fines de semana y días festivos llamándonos a este teléfono. Nuestro servicio telefónico tomará su mensaje y se pondrá en contacto con un representante de la Agencia que se encuentre de guardia, lo más pronto posible. Nuevamente, gracias por permitirnos ser parte de su equipo de cuidado a domicilio.*

### **Promesa a Nuestros Pacientes**

"La misión de nuestra Agencia es proveer servicios profesionales y para-professionals a nuestros clientes en su hogar, asistiéndolos a obtener el máximo potencial en sus actividades diarias. Estamos comprometidos a brindar la más alta calidad, cuidado multidisciplinario, que cubran el examen comprensivo de las necesidades del cliente y el punto de vista del profesional que lo atiende"

## **PROTECTION FROM ABUSE, NEGLECT AND/OR EXPLOITATION / COMPLAINTS**

To report **ABUSE, NEGLECT OR EXPLOITATION**, please call toll-free number: **1-800-962-2873**. The number is available 7 days a week, 24 hours a day. To Report COMPLAINTS, ADVANCED DIRECTIVES Implementation and INFORMATION on any Health Care Provider, call the AHCA Consumer Hot Line toll-free: 1-888-419-3456. The number is available Monday-Friday 8am - 5pm, excluding State observed Holidays. For Patient's Safety or Quality of Care Issues call **CHAP at 1-800-656-9656** from 8:00 am to 6:00 pm, after regular business hours please leave a message.

## **PROTECCION DE ABUSO/NEGLIGENCIA O EXPLOTACIÓN / QUEJAS**

Para reportar **ABUSOS, NEGLIGENCIA o EXPLOTACION**, por favor llame a la línea libre de cargos: **1-800-962-2873**. Este número esta disponible 7 días a la semana, 24 horas al día. **Para reportar QUEJAS, implementación de las DIRECTIVAS ANTICIPADAS, o INFORMACION** sobre cualquier proveedor de Cuidados a la salud, puede llamar a la Agencia de Salud (AHCA), al número de protección al consumidor libre de cargos: **1-888-419-3456**. El número está disponible de Lunes-Viernes de 8am a 5pm, excluyendo los días de fiestas observados por el estado. Para problemas de Seguridad o Calidad del cuidado del Paciente llamar a **CHAP at 1-800-656-9656** de 8:00 am a 6:00 pm, después de horas de oficina favor de dejar el mensaje..

## **Our Staff makes the difference / Nuestros Empleados hacen la diferencia**

Our professional and nursing staff are on call 24 hours a day to make certain every client is provided with excellent service when they need it. That's why every service we provide is supervised by our professionals and administered from the initial consultation to recovery or treatment completion. All our field employees are CPR trained Certified, and if needed will initiate CPR unless the patient has a DNR order.

*Nuestro Personal de Enfermería y Profesional están listos para servirles las 24 horas del día, para asegurarle a los cliente que el servicio que recibirán será excelente cada vez que lo necesiten. Por esta razón cada servicio que nosotros proveemos es supervisado por nuestro personal Administrativo y Profesional, desde la visita inicial hasta que se completa el tratamiento con su recuperación total. Todos nuestros empleados estan entrenados en CPR (técnicas de resusitación), e iniciaran el CPR si es necesario, a no ser que el paciente tenga una orden de no resucitarlo.*

## CLIENT INFORMATION HANDBOOK

### TABLE OF CONTENTS

|                                                                                                                                                                |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Welcome letter                                                                                                                                                 | <b>ENGLISH</b>      |
| 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)                                                                                                                                      | Inside Front Cover  |
| Home Health Care Definitions                                                                                                                                   | Page 1              |
| Home Health Disciplines                                                                                                                                        | Page 2              |
| TIPS to reach Maximum Independence                                                                                                                             | Page 2              |
| Hours of Operation and Emergency Services                                                                                                                      | Page 2              |
| 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              |
| Face to Face requirement                                                                                                                                       | 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              |
| Notice of Medicare Provider Non-Coverage (If any)                                                                                                              | 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             |
| OASIS Statement of Patient Privacy Rights                                                                                                                      | Page 12, 13, 14     |
| Grievances Procedures, Transfer, Discharge Policy, Bill of Rights                                                                                              | Page 15, 16, 17, 19 |
| Emergency Instructions for People with Special Needs                                                                                                           | Inside Back Cover   |
| Resources Guide                                                                                                                                                | Inside Back Cover   |
| <i>(In the case of the complete Sign Up Package, all Admission Forms/Consents are located between the English-Spanish Patient Information Handbook pages).</i> |                     |

## DEFINITIONS

**"Administrator"** Is a licensed physician, a registered nurse, or holds an undergraduate degree; and has experience in health service administration, with at least 1 year of supervisory or administrative experience in home health care or a related health care program, 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.

**"Clinical Manager"** A person who is a licensed physician, physical therapist, speech language pathologist, occupational therapist, audiologist, social worker, or a registered nurse, who provide oversight of all patient care services and personnel.

**"Home Health Agency (HHA), also referred as The 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:

**SKILLED 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.

**SKILLED 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/PERFORMANCE IMPROVEMENT (QAPI) 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 DISABILITIES AND 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 Clinical Manager 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 A Medicare 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 (interpreter or translation). If you require additional assistance, please contact our office.

## FACE TO FACE REQUIREMENT

Medicare has established a new requirement for payment of the home health services that you may need. To meet this new requirement, you will need to have a face-to-face visit with a physician, nurse practitioner, clinical nurse specialist, certified nurse midwife, or physician's assistant for a matter related to your need for home health. This "special" visit can occur 90 days before you start receiving home care services or up to 30 days after the home care nurse or therapist admits you to service.

## 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, based upon the patient's identified care needs, homebound status, face to face compliance, 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.

## NOTICE OF MEDICARE PROVIDER NON-COVERAGE (IF ANY)

**YOUR RIGHT TO APPEAL THE DECISION:** You have the right to an immediate, independent medical review (appeal), while your services continue, of the decision to end Medicare coverage of these services. If you choose to appeal, the independent reviewer will ask for your opinion and you should be available to answer questions or supply information. The reviewer will also look at your medical records and/or other relevant information. You do not have to prepare anything in writing, but you have the right to do so if you wish. Our Agency will bring to you a detail form at least 48 hrs before your discharge.

## 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 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 WILL NOT COVER HOUSEKEEPING OR COMPANION SERVICE.

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.

# Home Health Agency Outcome and Assessment Information Set(OASIS) **STATEMENT OF PATIENT PRIVACY RIGHTS**

As a home health patient, you have the privacy rights listed below.

- **You have the right to know why we need to ask you questions.**

We are required by law to collect health information to make sure:

- 1) you get quality health care, and
- 2) payment for Medicare and Medicaid patients is correct.

- **You have the right to have your personal health care information kept confidential.**

You may be asked to tell us information about yourself so that we will know which home health services will be best for you. We keep anything we learn about you confidential. This means, only those who are legally authorized to know, or who have a medical need to know, will see your personal health information.

- **You have the right to refuse to answer questions.**

We may need your help in collecting your health information. If you choose not to answer, we will fill in the information as best we can. You do not have to answer every question to get services.

- **You have the right to look at your personal health information.**

- We know how important it is that the information we collect about you is correct. If you think we made a mistake, ask us to correct it.
- If you are not satisfied with our response, you can ask the Centers for Medicare & Medicaid Services, the federal Medicare and Medicaid agency, to correct your information.

You can ask the Centers for Medicare & Medicaid Services to see, review, copy, or correct your personal health information which that Federal agency maintains in its HHA OASIS System of Records. See the back of this Notice for CONTACT INFORMATION. If you want a more detailed description of your privacy rights, see the back of this Notice: PRIVACY ACT STATEMENT - HEALTH CARE RECORDS.

This is a Medicare & Medicaid Approved Notice.





## PRIVACY ACT STATEMENT - HEALTH CARE RECORDS

### THIS STATEMENT GIVES YOU ADVICE REQUIRED BY LAW (the Privacy Act of 1974).

THIS STATEMENT IS NOT A CONSENT FORM. IT WILL NOT BE USED TO RELEASE OR TO USE YOUR HEALTH CARE INFORMATION.

#### I. AUTHORITY FOR COLLECTION OF YOUR INFORMATION, INCLUDING YOUR SOCIAL SECURITY NUMBER, AND WHETHER OR NOT YOU ARE REQUIRED TO PROVIDE INFORMATION FOR THIS ASSESSMENT.

Sections 1102(a), 1154, 1861(o), 1861(z), 1863, 1864, 1865, 1866, 1871, 1891(b) of the Social Security Act.

Medicare and Medicaid participating home health agencies must do a complete assessment that accurately reflects your current health and includes information that can be used to show your progress toward your health goals. The home health agency must use the "Outcome and Assessment Information Set" (OASIS) when evaluating your health. To do this, the agency must get information from every patient. This information is used by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, the federal Medicare & Medicaid agency) to be sure that the home health agency meets quality standards and gives appropriate health care to its patients. You have the right to refuse to provide information for the assessment to the home health agency. If your information is included in an assessment, it is protected under the federal Privacy Act of 1974 and the "Home Health Agency Outcome and Assessment Information Set" (HHA OASIS) System of Records. You have the right to see, copy, review, and request correction of your information in the HHA OASIS System of Records.

#### II. PRINCIPAL PURPOSES FOR WHICH YOUR INFORMATION IS INTENDED TO BE USED

The information collected will be entered into the Home Health Agency Outcome and Assessment Information Set (HHA OASIS) System No. 09-70-9002. Your health care information in the HHA OASIS System of Records will be used for the following purposes:

- support litigation involving the Centers for Medicare & Medicaid Services;
- support regulatory, reimbursement, and policy functions performed within the Centers for Medicare & Medicaid Services or by a contractor or consultant;
- study the effectiveness and quality of care provided by those home health agencies;
- survey and certification of Medicare and Medicaid home health agencies;
- provide for development, validation, and refinement of a Medicare prospective payment system;
- enable regulators to provide home health agencies with data for their internal quality improvement activities;
- support research, evaluation, or epidemiological projects related to the prevention of disease or disability, or the restoration or maintenance of health, and for health care payment related projects; and
- support constituent requests made to a Congressional representative.

#### III. ROUTINE USES

These "routine uses" specify the circumstances when the Centers for Medicare & Medicaid Services may release your information from the HHA OASIS System of Records without your consent. Each prospective recipient must agree in writing to ensure the continuing confidentiality and security of your information. Disclosures of the information may be to:

1. the federal Department of Justice for litigation involving the Centers for Medicare & Medicaid Services;
2. contractors or consultants working for the Centers for Medicare & Medicaid Services to assist in the performance of a service related to this system of records and who need to access these records to perform the activity;
3. an agency of a State government for purposes of determining, evaluating, and/or assessing cost, effectiveness, and/or quality of health care services provided in the State; for developing and operating Medicaid reimbursement systems; or for the administration of Federal/State home health agency programs within the State;
4. another Federal or State agency to contribute to the accuracy of the Centers for Medicare & Medicaid Services' health insurance operations (payment, treatment and coverage) and/or to support State agencies in the evaluations and monitoring of care provided by HHAs;
5. Quality Improvement Organizations, to perform Title XI or Title XVIII functions relating to assessing and improving home health agency quality of care;
6. an individual or organization for a research, evaluation, or epidemiological project related to the prevention of disease or disability, the restoration or maintenance of health, or payment related projects;
7. a congressional office in response to a constituent inquiry made at the written request of the constituent about whom the record is maintained.

#### IV. EFFECT ON YOU, IF YOU DO NOT PROVIDE INFORMATION

The home health agency needs the information contained in the Outcome and Assessment Information Set in order to give you quality care. It is important that the information be correct. Incorrect information could result in payment errors. Incorrect information also could make it hard to be sure that the agency is giving you quality services. If you choose not to provide information, there is no federal requirement for the home health agency to refuse you services.

**NOTE:** This statement may be included in the admission packet for all new home health agency admissions. Home health agencies may request you or your representative to sign this statement to document that this statement was given to you. **Your signature is NOT required.** If you or your representative sign the statement, the signature merely indicates that you received this statement. You or your representative must be supplied with a copy of this statement.

#### CONTACT INFORMATION

If you want to ask the Centers for Medicare & Medicaid Services to see, review, copy, or correct your personal health information that the Federal agency maintains in its HHA OASIS System of Records:

Call 1-800-MEDICARE, toll free, for assistance in contacting the HHA OASIS System Manager.  
TTY for the hearing and speech impaired: 1-877-486-2048.

**Home Health Agency**  
**Outcome and Assessment Information Set (OASIS)**  
**NOTICE ABOUT PRIVACY**  
**For Patients Who Do Not Have Medicare**  
**or Medicaid Coverage**

---

- As a home health patient, there are a few things that you need to know about our collection of your personal health care information.
  - Federal and State governments oversee home health care to be sure that we furnish quality home health care services, and that you, in particular, get quality home health care services.
  - We need to ask you questions because we are required by law to collect health information to make sure that you get quality health care services.
  - We will make your information anonymous. That way, the Centers for Medicare & Medicaid Services, the federal agency that oversees this home health agency, cannot know that the information is about you.
- We keep anything we learn about you confidential.

This is a Medicare & Medicaid Approved Notice.



## ANTI-COAGULANT INFORMATION

Your physician may prescribed an anti-coagulant therapy for you. The amount of vitamin K that you eat can interact with this medication, please consider the following diet recommendations: Maintain a normal, consistent diet. The foods listed below, when ingested in inconsistent amounts, may effect you clotting therapy. Eating more of these foods than you normally do may make your medication less effective. Eat your normal diet so that your medication needs do not change.

**FOODS VERY HIGH IN VITAMIN K:** Canola Oil Foods containing, Olestra may have fat soluble vitamins added, which may include vitamin K. Please consider these food a source of vitamin if you include them in your diet. Garbanzo beans (chickpeas), Green tea Leafy vegetables, including spinach, turnip greens, collard greens, endive mustard greens, kale, parsley. Lentils Nettle leaves Seaweed. **FOODS HIGH IN VITAMIN K:** Bean Sprouts, Beef liver, Broccoli, Brussels sprouts, Cabbage, Cauliflower, Lettuce, Mayonnaise, Soybeans, Soybean oil.

### FOODS/BEVERAGES TO AVOID

**Alcohol:** Alcohol may change the manner in which your body responds to medication. Avoid consuming alcohol while you are taking any blood thinning medication **Herbs:** Some herbs may interact with your blood thinning medication and cause undesirable effects. Please inform your physician, pharmacist or dietitian if you are consuming any herbal preparations, herbal teas or other herbal products. If you have questions regarding information in this pamphlet, contact your Physician, Pharmacist or Registered Nurse or Dietitian at our Agency.

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

### Agency Investigation of complaints:

1. Care is furnished inconsistently, or inappropriately
2. Mistreatment, neglect, or verbal, mental, sexual, and physical abuse, including misappropriation of patient property by anyone furnishing services on behalf of the Agency
3. We will document complaint and resolution
4. We will take action to prevent further potential violations
5. Any staff mandated reported

Patient notified of Agency **TRANSFER and DISCHARGES** for:

1. We can no longer meet the patient's needs, based on patient's acuity. We must arrange a safe, appropriate transfer.
2. The patient or payer will no longer pay
3. The physician agrees that the patient no longer needs the Agency's services
4. The patient refuses services, or elects to be transferred or discharge
5. Under our policy, behavior is disruptive, abusive, or uncooperative to the extent that delivery of care to the patient, or the ability of the Agency to operate effectively is seriously impaired.

We will: a. Advise the patient, representative. b. Make efforts to resolve the problem(s). c. Provide contact information for other agencies or providers. d. Document the problem(s) and efforts made.

6. The patient dies.

7. The HHA ceases to operate.

## **POLICY ON PATIENT TRANSFER**

It is the Policy of the Agency that no information may be disclosed from the patient's file without the written consent of the patient or the patient's guardian. All information received by any employee, contractor, or State Regulatory Agency employee regarding a patient of the Agency is confidential. If the patient transfers to another home health agency, Hospital or any In-patient facility, a copy of his record must be transferred at his request/authorization, if needed for continuing care (the Medication Record must be reconciled/updated before the transfer). In all cases, when the Patient is transferred to a Hospital or In-Patient facility, if the home care episode is not ending, at discretion of the Director of Nursing and/or Doctor order, the patient may be Discharge or not from our Agency, the hold period depend only of the episode ending date, if the patient still hospitalized on/or after episode ending date, the patient must be Discharge from Agency, an In-Office Discharge form must be completed by a qualified staff, not OASIS discharge assessment will be completed. When a patient is transferred or referred to any other provider of health care services, the information given may include the Medication Record (reconciled/verified), whether the patient has Advance Directives or does not have Advance Directives. Reasons for patient transfer may include the patient moves outside of the Agency's geographic service area, the patient requires care not provided by our Agency, or our Agency is not a preferred provider by the patient's insurance company. A transfer summary is completed and a copy maintained in the patient record and a copy forwarded to the receiving service entity and the patient's Physician. A transfer summary includes, but is not limited to: Date of transfer, Patient identifying information, Emergency contact, Destination of patient transferred, Date and name of person receiving report, Patient's physician and phone number, Diagnosis related to the transfer, Significant health history, Transfer orders and instructions (if applicable), a brief description of services provided and ongoing needs that cannot be met, Patient's Status.

Our Home Health Agency, shall in compliance of Federal conditions of participation, enroll in collect and report the Outcome and Assessment Information Set, (OASIS) data. (If applicable, medicare recipient only).

**TRANSFER TO OUR AGENCY:** When a patient is transferred to our Agency, we are responsible for collecting all authorizations and information needed, including: Obtain Patient Verbal consent for transfer to our facility (must be signed later), Check to verify episode, and services for previous provider, Obtain verbal authorization from Patient's physician, Inform Patient/Caregiver of our services. Complete a full sign up assessment.

## **DISCHARGE OF PATIENTS**

Discharge of Patients policy includes but is not limited to the following:

Reasons for patient discharge may include the patient expires, the patient's condition improves and therefore the patient no longer needs the care provided, the physician discontinues the order for care, inadequate patient's behavior or the patient declines (the Agency no longer meet the patient's needs) the care and requests discontinuation of services.

When services are to be terminated, the person shall be notified of the date of termination and reason for termination which shall be documented in the clinical record, at least 48 hrs before or the second to last day of service if care is not being provided daily, unless there is imminent danger for the patient (like unexpected emergency care that require transfer to an in-patient facility, unexpected exacerbation of health condition), and then the discharge should be processed as soon as possible. A plan shall be developed or referral made for any continuing care indicated.

Planning for the Patient's discharge from the home care service is an integral part of the Treatment Plan. The professional employee, in coordination with the patient's physician will closely monitor the patients progress toward the achievement of the therapeutic goals. When services are to be terminated, the patient shall be notified of the date of termination and a letter of discharge will be sent to the patient and his/her physician. The discharge instructions will accompany the letter for the patient to follow.

A copy of the discharge summary is maintained in the patient record and a copy is forwarded to the primary physician. The discharge summary includes, but is not limited to:

Date of discharge, Patient identifying information, Patient's physician and phone number, Diagnosis, Reason for discharge, A brief description of care provided, Patient's medical and health status at the time of discharge, Any instructions given to the patient or responsible party.

The clinical record should maintain documentation that the physician was notified of the discharge in compliance with coordination of care, (Summary must be faxed/emailed to the patient's physician), discharge instructions to patients, in Medicare beneficiaries must be included the Medicare Non Coverage information and if applicable the Advanced Beneficiary Notice. If applicable, the OASIS Discharge assessment must be completed by a qualified staff, the summary completed in the form can be faxed to the patient's physician instead of any other summary form, and is not necessary request doctor signature.

The written statement of **Patient Rights and Responsibilities** includes, but is not limited to, the patient's right to (see statement):

- Have his or her property and person treated with respect, consideration, and recognition of patient dignity and individuality.
- Patient and representative have the right to be informed in writing of the patient's rights in a language and manner the individual understands. You will receive notice of patient's right and responsibilities, free of charge, translated or with the use of competent interpreter if necessary, no later than the second visit from a skilled professional.
- Be free from verbal, mental, sexual, and physical abuse, including injuries of unknown source, neglect and misappropriation of property; including injuries.
- Make complaints to the HHA regarding treatment or care that is (or fails to be) furnished, and the lack of respect for property and/or person by anyone who is furnishing services on behalf of the HHA. *(We will provide the State Hot-line phone numbers for complaints, and if applicable we will provide the Accreditation body phone number for complaints)*
- Participate in, be informed about, and consent or refuse care in advance of and during treatment, where appropriate, with respect to:
- Completion of all assessments; the care to be furnished, based on the comprehensive assessment; Establishing and revising the plan of care; The disciplines that will furnish the care; The frequency of visits; Expected outcomes of care, including patient-identified goals, and anticipated risks and benefits; Any factors that could impact treatment effectiveness; and Any changes in the care to be furnished
- Receive all services outlined in the plan of care, you or your representative will receive clinical education.
- Have a confidential clinical record. Access to or release of patient information and clinical records, free or charges, in timely manner.

**EDUCATION ABOUT YOUR RIGHTS, BE ADVISED OF THE FOLLOWING:**

- The extent to which payment for HHA services may be expected from Medicare, Medicaid, or any other federally funded or federal aid program known to the HHA; or any payer source. The charges for services that may not be covered by Medicare, Medicaid, or any other federally-funded or federal aid program known to the HHA; or any other program, insurance. The charges the individual may have to pay before care is initiated; and any changes in the information provided when they occur. Advise the patient and representative (if any), of these changes as soon as possible, in advance of the next home health visit. We will comply with the patient notice requirements (as part of our Service Agreement).
- Receive proper written notice, in advance of a specific service being furnished, if the we believes that the service may be non-covered care; or in advance of the HHA reducing or terminating on-going care.
- Be advised of the state toll free home health telephone hot line, its contact information, its hours of operation, and that its purpose is to receive complaints or questions about local Agencies.
- Be advised of the names, addresses, and telephone numbers of the following federally-funded and state-funded entities that serve the area where the patient resides: Agency on Aging, Center for Independent Living, Protection and Advocacy Agency, Aging and Disability Resource Center, Quality Improvement Organization
- Be free from any discrimination or reprisal for exercising his or her rights or for voicing grievances to the HHA or an outside entity.
- Be informed of the right to access auxiliary aids and language services, and how to access these services free of charges
- Can identify visiting personnel members through agency generated photo identification
- Choose a health care provider, including an attending physician
- Receive appropriate care without discrimination in accordance with physician orders
- Be informed of any financial benefits when referred to an Agency
- When additional state or federal regulations exist regarding patient rights, we included those components. The patient has the right to be informed and exercise their rights as a patient of the Agency.

If the patient has been adjudged to lack legal capacity to make health care decisions as established by state law by a court of proper jurisdiction, the rights of the patient may be exercised by the person appointed to act on the patient's behalf. If a state court has not adjudged a patient to lack legal capacity to make health care decisions as defined by state law, the patient's representative may exercise the patient's rights (we will sent required documentation in timely manner). If a patient has been adjudged to lack legal capacity to make health care decisions under state law by a court of proper jurisdiction, the patient may exercise his or her rights to the extent allowed by court order.

- We will protect and promote the exercise of these rights. We also develops a statement of patient responsibilities.
- Receive information about the care/services covered under the Medicare Home Health benefit.
- Receive information about the scope of services that the HHA will provide and specific limitations on those services.
- Refuse care or treatment after the consequences of refusing care or treatment are fully presented.
- The patient's family or guardian may exercise the patient's rights when the patient has been judged incompetent.
- Can identify visiting personnel members through proper identification.
- Be free from mistreatment, neglect, or verbal, mental, sexual, and physical abuse, including injuries of unknown source, and misappropriation of patient property.
- Confidentiality and privacy of all information contained in the patient record and of Protected Health Information.
- Be advised on agency's policies and procedures regarding the disclosure of clinical records.
- Choose a healthcare provider, including choosing an attending physician
- Be informed of patient rights regarding the collection and reporting of OASIS information
- Be informed that OASIS information will not be disclosed except for legitimate purposes allowed by the Privacy Act
- Be informed of anticipated outcomes of care/ services and of any barriers in outcome achievement

- Receive information about the scope of services that the HHA will provide AND SPECIFIC LIMITATIONS ON THOSE SERVICES
- For a minor or a patient needing assistance in understanding these rights and responsibilities, both the patient and the parent, legal guardian, or other responsible person are fully informed of these rights and responsibilities
- Be able to identify visiting personnel members through proper identification
- The Agency protects and promotes the exercise of the patient's rights; which are listed in the standard.
- Receive care provided equally to all regardless of age, sexual preference, color, creed, ethical or political beliefs, mental or physical handicap, national origin, payer source, race, religion or sex by appropriately trained professional staff. Expect that the personnel involved in your care are qualified through education and experience and utilize current knowledge/skills to provide the services outlined in the plan of care.
- To be protected from exploitation by The Home Health Agency Personnel who are prohibited from accepting personal gifts and borrowing from patients/their families/caregivers.
- Receive information about care and treatment to be provided in writing and in a manner that you understand from the Home Health Agency And from others outside the organization. Be fully informed of and changes in the care or treatment to be furnished by The Home Health Agency And from other outside the organization.
- Expect appropriate care instructions from the agency personnel to better understand your healthcare needs and your plan of treatment.
- Expect confidentiality of all information related to your care, within applicable laws and regulations.
- Be informed of your rights under state law to formulate advance directives.
- Have periodic reviews and updates made to the plan of care.
- Refuse prescribed treatment after explanation of the possible consequences resulting from the refusal is provided to you and your physician notified of your decision.
- Terminate the services provided by the agency after an explanation of the possible consequences resulting from voluntary termination with notification of your physician of termination.
- Have relationships with home care personnel that are based on honesty and ethical standards of conduct.
- Be involved in decisions about your care, treatment and/or services. Actively participate in the care planning process. Be advised of any change in the plan of care before the change is made.
- Know how to reach agency personnel 24 hours per day 7 days per week.
- Have your family, as appropriate and as allowed by law, with your permission or the permission of your surrogate decision maker, be involved in your care, treatment and/or service decisions. Be informed and when appropriate, have your family informed with your permission, about the outcomes of care, treatment and/or services, based on the current body of knowledge, along with any barriers to outcome achievement.
- Exercise your rights, or your legally responsible representative may exercise your rights if you have been judged incompetent.
- Be involved in resolving dilemmas about your care, treatment and/or services. Voice grievances, without discrimination or reprisal regarding treatment or care, by contacting a Clinical Manager or the Director of Nursing or Executive Director. Be informed of the procedure to follow to voice concerns regarding care or lack of respect for property and/or to your person.
- Be informed by the Director of Nursing, his/her designee or the staff member responsible for your care, treatment and/or services of the unanticipated outcomes of your care, treatment and/or services, based on the current body of knowledge.
- Expect detailed invoices, when you are responsible for payment, identifying when and by whom services were provided and applicable charges. Expect referral to alternative community services to meet needs for additional services or financial needs.
- Access your clinical records, free of charges, during business hours with agency and physician approval under the restrictions of the HIPAA Privacy Rule.
- Be informed by knowledgeable personnel about your medical condition, to the extent known and be given an opportunity to participate in designing a care plan that addresses your needs and preferences, and updating it as your condition changes.
- Have your reports of pain believed and assessed appropriately and comprehensively. Receive information about pain and pain relief measures. Receive care from a concerned team of healthcare professionals committed to pain prevention and management and who respond quickly and appropriately to reports of pain. Be informed, and have your family informed when appropriate, of your role in managing pain, along with the potential limitations and side effects of pain treatments, based on the current body of knowledge.
- Be advised in advance of the name(s) and discipline of staff member(s) primarily responsible for your care, treatment, and/or services, and the proposed frequency of visits.
- Be informed about the nature and purpose of any technical procedure that will be performed as well as who will perform the procedure.
- Be informed of any financial benefits when referred to another organization.
- Refuse care, treatment and/or services within the confines of the law after being fully informed, and to be told the consequences of your action. When you are not legally responsible, the surrogate decision maker, as allowed by applicable law, has the right to refuse care, treatment and/or services on your behalf.
- Access, request amendments to, and receive an accounting of disclosures regarding your personal health information, as permitted under applicable laws.
- Be informed within a reasonable amount of time of anticipated termination of service or transfer to another organization.
- Be fully informed of services or treatments provided when payment will be made by Medicaid or any other state or federal program. Be informed of charges for which the patient may be liable within 15 days from the date which The Home Health Agency became aware.
- Be fully informed of what to do in an emergency.
- Be fully informed in writing of the availability of the State Hotline number to report abuse, neglect or exploitation of a disabled adult or elderly person.



## PERSONNEL HONOR THE PATIENT RIGHT TO:

- Assure clients to exercise his or her rights as a patient of the HHA
- Have his or her property and person treated with respect
- Assure by wearing an ID badge, that patient will be able to identify visiting staff through agency generated photo identification
- Assure clients the choose a health care provider, including an attending physician
- Provide appropriate care without discrimination in accordance with physician orders
- Inform clients of any financial benefits when referred to our Agency
- Assure clients to be fully informed of one's responsibilities

## PATIENT RESPONSIBILITIES:

Education about your responsibilities as a Patient, you have the following responsibilities:

- Be under a physician's care (licensed in the state of Practice) while receiving the Home Health Agency Services.
- Inform the Home Health Agency with a complete and accurate health history in order to plan and carry out care.
- Inform Agency staff about any changes in your health status, condition or treatment.
- Provide the Home Health Agency with all requested insurance and financial information/records.
- Sign or have your legal representative sign the required consents and releases for insurance billing.
- Allow the Home Health Agency to act on your behalf in filing appeals of denied payment of service by third-party payers and to cooperate to the fullest extent possible in such appeals.
- Notify the Home Health Agency of any changes in treatment made by the physician.
- Participate in your plan of care including, if appropriate, a pain management plan.
- Ask your nurse/therapist what to expect regarding pain and pain management. Discuss pain relief options with your nurse/therapist. Provide your nurse/therapist with as comprehensive information as possible about your pain and any concerns you may have about pain medications and/or management.
- Be available to The Home Health Agency Staff for home visits at reasonable times.
- Notify the Home Health Agency If you are going to be unavailable for a visit.
- Treat the Home Health Agency Personnel with respect and dignity without discrimination as to color, religion, sex or national or ethnic origin.
- Accept the consequences for any refusal of treatment or choice of noncompliance.
- Provide the Home Health Agency Personnel with a safe home environment in which your care can be provided.
- Cooperate with your physician, The Home Health Agency Staff and other caregivers.
- Inform the Agency if you are unable to understand or follow the Agency's written instructions.
- Make a family member or substitute available who will assume a primary caregiver role when Agency staff are not in your home.
- Notify the Home Health Agency Of the existence of Advance Directives.
- Advice the Home Health Agency Of any problem or dissatisfaction you may have with the care or services you are receiving and giving the agency the opportunity to resolve these issues.

## HOMEBOUND STATUS:

"Confined to the home" (**Homebound**) if the following two criteria are met:

First Criteria: One of the Following must be met:

1. Because of illness or injury, the individual needs the aid of supportive devices such as crutches, canes, wheelchairs, and walkers; the use of special transportation; or the assistance of another person to leave their place of residence.
2. Have a condition such that leaving his or her home is medically contraindicated.

Second Criteria: Both of the following must be met:

1. There must exist a normal inability to leave home.
2. Leaving home must require a considerable and taxing effort.

The patient may be considered homebound (that is, confined to the home) if absences from the home are:

Infrequent; For periods of relatively short duration; For the need to receive health care treatment; For religious services; To attend adult daycare programs; or For other unique or infrequent events (for example, funeral, graduation, trip to the barber).

**Eligibility criteria may vary for different care/service programs.** Eligibility criteria is periodically reviewed for appropriateness and continued accessibility to the Agency's programs. Target populations may be defined generally as anyone needing the care/ service or in some cases may be defined by special funding sources. Other population may be defined by ages (e.g., elderly, infants, children, etc.), special care/service needs (e.g., medical care, homemaking, personal care, etc.), or specific diseases/ disabilities (e.g., Alzheimer..s, Autism, schizophrenia, arthritis, etc.).

## FAMILY COMMUNICATION PLAN (Emergency/Disaster Plan)

Your family may not be together when disaster strikes, so plan how you will contact one another and review what you will do in different situations. *(make copy of this information for every family member)* **(INSTRUCTIONS: COMPLETE THIS DATA SHEET, OR ASK A FAMILY MEMBER TO HELP YOU TO COMPLETE THIS INFORMATION)**

Out of Town Contact Name: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Tel. Number 1: \_\_\_\_\_

Tel. Number 2: \_\_\_\_\_

**Fill out the following information for each family member and keep it up to date.**

Name: \_\_\_\_\_

Social Security Number: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Important Medical Information: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Social Security Number: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Important Medical Information: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Social Security Number: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Important Medical Information: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Social Security Number: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Important Medical Information: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Social Security Number: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Important Medical Information: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Where to go in an emergency.**

Write down where your family spends the most time:

Work: \_\_\_\_\_

School and other places you frequent: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Daycare providers \_\_\_\_\_

Workplaces and apartment buildings should all have site-specific emergency plans

\_\_\_\_\_

Doctors: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pharmacy: \_\_\_\_\_

Medical Insurance: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Homeowners/Rental Insurance: \_\_\_\_\_

Veterinarian: \_\_\_\_\_

Patient: \_\_\_\_\_

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

Page 1

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

**I REQUEST A COPY OF THE PLAN OF TREATMENT:** Y \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

**CONSENT TO RECEIVE SERVICES:** I HEREBY AUTHORIZE THE AGENCY, TO RENDER APPROPRIATE SERVICES AS PRESCRIBED BY MY PHYSICIAN, OR BY ANY OTHER PHYSICIAN WHO MAY BE TREATING ME, INCLUDING ALL DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC TREATMENT THAT MAY BE CONSIDERED ADVISABLE OR NECESSARY IN THE JUDGMENT OF THE PHYSICIAN. I HEREBY AUTHORIZE THE AGENCY, OR YOUR AGENTS TO PERFORM ANY WORK IN TAKING BLOOD SAMPLES FROM ME OR ADMINISTERING INJECTIONS OR INTRAVENOUS THERAPY FOR NORMAL MEDICAL PRACTICE. I HEREBY AUTHORIZE THIS WORK UNDER PHYSICIAN'S ORDERS, WHILE A PATIENT WITH YOUR ORGANIZATION. I CERTIFY THAT I AM NOT RECEIVING HOME HEALTH CARE SERVICES FROM ANOTHER AGENCY. I AM ALSO AWARE THAT ONLY ONE HOME HEALTH AGENCY WILL BE PAID ONCE I AM ADMITTED TO THIS AGENCY. I HEREBY ACKNOWLEDGE THAT I AM NOT UNDER ANY CIRCUMSTANCE ABLE TO OPERATE ANY MOTOR VEHICLE.

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

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

### SECTION ONE

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

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

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

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

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

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

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

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

# CONTRATO DE SERVICIOS (Versión en Inglés al frente)

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

Record Médico: \_\_\_\_\_

Pag. 1

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

**AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR SERVICIOS:** YO AUTORIZO A ESTA AGENCIA, A QUE PROVEA LOS SERVICIOS APROPIADOS TAL COMO HAN SIDO PRESCRITOS POR MI MEDICO, O POR CUALQUIER OTRO MEDICO QUE PUEDA ESTAR TRATÁNDOME, INCLUYENDO TODOS LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS Y DIAGNÓSTICOS QUE PUEDAN SER CONSIDERADOS RECOMENDABLES O NECESARIOS A JUICIO DEL MEDICO. TAMBIÉN AUTORIZO A ESTA AGENCIA Y/O A SU PERSONAL A REALIZAR CUALQUIER TAREA REQUERIDA PARA MI TRATAMIENTO COMO: OBTENER MUESTRAS DE SANGRE, ADMINISTRACIÓN DE INYECCIONES O TERAPIA INTRAVENOSA PARA LA PRACTICA MEDICA. AUTORIZO ESTO BAJO LAS ORDENES DE UN MEDICO MIENTRAS SEA PACIENTE DE ESTA ORGANIZACIÓN. YO CERTIFICO QUE NO ESTOY RECIBIENDO SERVICIOS DE CUIDADOS DE LA SALUD A DOMICILIO POR NINGUNA OTRA AGENCIA. TAMBIEN SE QUE SOLAMENTE UNA AGENCIA SERÁ PAGADA EN CUANTO SEA ADMITIDO(A) A ESTA AGENCIA. YO LES ASEGURO QUE BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA PUEDO OPERAR UN VEHICULO DE MOTOR.

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

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

## SECCIÓN I

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

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

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

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

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

☐ HE SIDO ADMITIDO A TRAVEZ DE **PAGOS PRIVADOS**. LOS CARGOS SE ESPECIFICAN EN LA SECCION II.

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

Patient: \_\_\_\_\_

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

Page 2

**SECTION TWO**

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

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

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

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

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

I HAVE AN ADVANCE DIRECTIVE: ☐ YES ☐ NO.

I HAVE A LIVING WILL: ☐ YES ☐ NO. IF YES, LOCATION OF LIVING WILL: \_\_\_\_\_

I HAVE A PATIENT ADVOCATE/PROXY: ☐ YES ☐ NO: MY PATIENT ADVOCATE/PROXY IS: Name: \_\_\_\_\_  
ADDRESS: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

**ONE PATIENT SIGNATURE:** ADMISSION CONSENT/AGREEMENT FORM IS USED IN ALL PATIENT ORIENTATION BOOKLETS (this booklet), AND IS USED TO ACKNOWLEDGE RECEIPT, UNDERSTANDING AND APPROVAL OF THE CONTENTS OF THE PATIENT ORIENTATION BOOKLET AND FORMS (**BILL OF RIGHTS**, GRIEVANCE PROCEDURES, TRANSFER AND DISCHARGE POLICY, EMERGENCY PLAN) – ALL IN ONE BOOKLET AND WITH ONLY **ONE PATIENT SIGNATURE**. THE CONFUSION AND PATIENT'S EFFORTS OF SIGNING MULTIPLE FORMS IS ELIMINATED.



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

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
RELATIONSHIP OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE

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

\_\_\_\_\_  
DATE

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

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

Pag. 2

**SECCIÓN II**

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

ENFERMERIA \_\_\_\_\_ AUXILIAR DE ENFERMERA \_\_\_\_\_

TERAPIA FÍSICA \_\_\_\_\_ TRABAJADOR SOCIAL \_\_\_\_\_

TERAPIA DEL HABLA \_\_\_\_\_ TERAPIA OCUPACIONAL \_\_\_\_\_

OTRO: \_\_\_\_\_

TAMBIEN AUTORIZO VISITAS DE SUPERVISION CADA \_\_\_\_\_ DIAS.

**DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE, Y LÍNEA DE ABUSO:** CERTIFICO QUE HE LEÍDO, ENTENDIDO Y RECIBIDO UNA COPIA DE LA DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE QUE ME HA SIDO EXPLICADO VERBALMENTE POR UN REPRESENTANTE DE ESTA AGENCIA ENTIENDO LA PÓLIZA Y HE RECIBIDO UNA COPIA DEL NUMERO GRATUITO DE ABUSO (1-800-962-2873) Y DE QUEJAS SOBRE AGENCIAS (1-888-419-3456).

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

TENGO DIRECTIVAS ANTICIPADAS: ☐ SI ☐ NO.

TENGO TESTAMENTO: ☐ SI ☐ NO. SI ES SI, LOCALIZACIÓN: \_\_\_\_\_

TENGO UN APODERADO ☐ SI ☐ NO: MI APODERADO ES: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

QUIERO USAR LA LEY DE **DNR (NO RESUSCITAR) ORDER** ☐ Y ☐ N (Si, complete la Forma Legal)

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

**AUTORIZACIÓN PARA VISITA DOMICILIARIA:** YO AUTORIZO A PERSONAL ESTATAL/FEDERAL/ACREDITACION A LLEVAR A CABO UNA VISITA DE SUPERVISION A MI CASA PARA ASEGURAR QUE LOS REQUISITOS FEDERALES/ACREDITACION SON CUMPLIDOS Y PARA ASISTIR EN LA EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y CALIDAD DEL SERVICIO QUE RECIBO DE ESTA AGENCIA, ENTIENDO QUE LA AUTORIZACIÓN PARA ESTA VISITA ES VOLUNTARIA Y QUE NINGUNO DE MIS DERECHOS DE CONFIDENCIALIDAD O PRIVACIDAD SERÁN IGNORADOS POR MI AUTORIZACIÓN. SE ME HA DICHO Y HE ENTENDIDO QUE REHUSAR UNA VISITA DOMICILIARIA NO TENDRÁ EFECTO EN EL NIVEL O NATURALEZA DE LOS BENEFICIOS DE MEDICARE/MEDICAID A LOS QUE TENGO DERECHO.

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

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

**SOLO UNA FIRMA DEL PACIENTE:** LAS FORMAS DE CONSENTIMIENTOS Y ACUERDOS EN LA ADMISION DEL PACIENTE, CONTENIDAS EN ESTE LIBRO DE ORIENTACION Y FORMAS, ES USADA COMO PRUEBA DE HABER RECIBIDO, COMPRENDIDO Y APROVADO EL CONTENIDO DE ESTE LIBRO Y LAS FORMAS INCLUIDAS (DERECHOS DE LOS PACIENTES, PROCEDIMIERNTO DE QUERELLA, POLITICA DE TRANSFERENCIA Y ALTA, PLAN DE EMERGENCIA) – TODO EN UN SOLO LIBRO CON UNA SOLA FIRMA DEL PACIENTE. LA CONFUSION Y ESFUERZO DEL PACIENTE POR FIRMAR MULTIPLES FORMAS ES ELIMINADO.

# MEDICINE SCHEDULE\*

Patient's Name: \_\_\_\_\_ MR Number \_\_\_\_\_

Pharmacy Name: \_\_\_\_\_ Phcy Phone: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ MD Name: \_\_\_\_\_ MD ph: \_\_\_\_\_

**DO NOT USE ABBREVIATION: U, IU, QD, Q.D., qd, q.d., QOD, Q.O.D., qod, q.o.d., >, <, @, cc, µg, MS, MSO4, MgSO4, trailing zero: X.0 mg, .X mg**

| N<br>C<br>O | Date<br>Ordered<br>Fecha | Medications<br>Dose, Route, Frequency<br>Medicinas, Dosis, Ruta, Frecuencia | Breakfast<br>Desayuno | Lunch<br>Almuerzo | Dinner<br>Comida | Bedtime<br>Acostarse | Clasification<br>Clasificación | Side<br>Effects<br>Efectos | D/C<br>Date<br>Alta | Level of<br>Understanding<br>(Good<br>Fair-Poor) | Administered<br>by:<br>Patient<br>Caregiver<br>Nurse<br>Physician |
|-------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------|------------------|----------------------|--------------------------------|----------------------------|---------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 1           |                          |                                                                             |                       |                   |                  |                      |                                |                            |                     |                                                  |                                                                   |
| 2           |                          |                                                                             |                       |                   |                  |                      |                                |                            |                     |                                                  |                                                                   |
| 3           |                          |                                                                             |                       |                   |                  |                      |                                |                            |                     |                                                  |                                                                   |
| 4           |                          |                                                                             |                       |                   |                  |                      |                                |                            |                     |                                                  |                                                                   |
| 5           |                          |                                                                             |                       |                   |                  |                      |                                |                            |                     |                                                  |                                                                   |
| 6           |                          |                                                                             |                       |                   |                  |                      |                                |                            |                     |                                                  |                                                                   |
| 7           |                          |                                                                             |                       |                   |                  |                      |                                |                            |                     |                                                  |                                                                   |
| 8           |                          |                                                                             |                       |                   |                  |                      |                                |                            |                     |                                                  |                                                                   |
| 9           |                          |                                                                             |                       |                   |                  |                      |                                |                            |                     |                                                  |                                                                   |
| 10          |                          |                                                                             |                       |                   |                  |                      |                                |                            |                     |                                                  |                                                                   |
| 11          |                          |                                                                             |                       |                   |                  |                      |                                |                            |                     |                                                  |                                                                   |
| 12          |                          |                                                                             |                       |                   |                  |                      |                                |                            |                     |                                                  |                                                                   |
| 13          |                          |                                                                             |                       |                   |                  |                      |                                |                            |                     |                                                  |                                                                   |
| 14          |                          |                                                                             |                       |                   |                  |                      |                                |                            |                     |                                                  |                                                                   |

## Key To Side Effects/Guía de Efectos Secundarios

### A-Nausea/Vomiting

Vómito

### B- Constipation

Estreñimiento

### C- Diarrhea

Diarrhea

### D- Hypertension

Presión Alta

### E- Hypotension

Presión Baja

### F- Skin Rash/Urticaria

Erupción de la piel

### G- Headaches

Dolor de Cabeza

### H- Dizziness

Mareos

### I- Hypoglycemia

Hypoglicemia

### J- Hyperglycemia

Hiperglicemia

### K- Edema

Edema

### L- Diaphoresis

Sudoración

### M- Hemorrhage

Hemorrhageas

### N- Hematuria

Hematuria

### O- Dry Mouth

Thirst Boca seca/sed

### P- Bradycardia

Bradicardia

### Q- Tachycardia

Taquicardia

### R- Tremors

Temblores

### S- Tinnitus

Zumbidos en oídos

### T- Fluid/Electrolyte

Imbalance Desbalance líquido

### U- Anorexia

Malestar

### V- Malaise

Falta de Aire

### W- Dyspnea

X- Confusion

### Y- Flushing/Blurred Vision

Enrojecimiento/Visión borrosa

## Z. Other (Otros) \_\_\_\_\_

Allergies/Alergias: \_\_\_\_\_

Other MD order Medication: \_\_\_\_\_

refer med No. ☐ N/A

Nurse Name: \_\_\_\_\_

Nurse Signature: \_\_\_\_\_

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

☐ **No Medication interaction** (checked by the nurse) within the Patient's medication schedule

**Medication Status:** ☐ Medication Regimen Completed/Reviewed/Reconciled ☐ No Change ☐ Order Obtained

**Check if any of the following were identified:** ☐ Potential adverse effects /drug reaction ☐ Ineffective drug therapy

☐ Significant side effects ☐ Significant drug interactions ☐ Duplicate drug therapy ☐ Non-Compliance with drug therapy

**Care Coordination:** ☐ Physician ☐ SN ☐ PT ☐ OT ☐ ST ☐ MSW ☐ Aide ☐ Other(specify): \_\_\_\_\_

Reconciliation

Update on: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

Actualizado/Reconciliado en \_\_\_\_\_ Por \_\_\_\_\_

Reconciliation

Update on: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

Reconciliation

Update on: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

\* Part of Emergency/Disaster Plan



## 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 / ANTINFLAMMATORY                      | 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 / $\Delta K^+$        |
| 20 | CARDIAC / CHF / CARDIOMYOPATHY                             | DIZZY / LOW BP / EDEMA / $\Delta K^+$        |
| 21 | CARDIAC / DYSRHYTHMIA                                      | LOW BP / LOW PULSE / EDEMA / $\Delta K^+$    |
| 22 | CARDIAC / HTN / ASHD                                       | DIZZY / LOW PULSE / EDEMA / $\Delta K^+$     |
| 23 | CNS STIMULANT                                              | INSOMNIA / NERVOUSNESS                       |
| 24 | CORTICOSTEROID ANTINFLAMMATORY                             | 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                                                      |                                              |



## MEDICARE SECONDARY PAYER QUESTIONNAIRE

Patient's Name: \_\_\_\_\_ Med. Rec. No.: \_\_\_\_\_

1. Is the patient covered by Veterans Administration, Black Lung, or Workers Compensation? *Paciente cubierto por la Administración de Veteranos* ☐ Yes ☐ No
  - A. Date of Workers Compensation Accident? \_\_\_\_\_  
*Fecha del accidente*
2. Was illness due to an injury? ☐ Yes ☐ No *La enfermedad se debe a un golpe/accidente*
  - A. Date of Accident? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ *Fecha del accidente*
  - B. What type of accident caused illness/injury? If fall, explain in detail. *Explique tipo de accidente, si fue una caída explique detalladamente.*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - C. Is the patient filing or intending to file a liability suit? ☐ Yes ☐ No *Hará el paciente una demanda? Escriba el nombre del abogado.*  
If yes, give name, address and telephone number of attorney?  
Name of the attorney: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Telephone No.: \_\_\_\_\_
3. Is the patient employed (Medicare disabled beneficiaries under age 65 or Medicare beneficiaries over 65) and covered by a group health plan? ☐ Yes ☐ No  
*El paciente trabaja, o está cubierto por un seguro de grupo.*
  - A. Date of retirement: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ *Fecha del retiro*
  - B. Is the patient married? ☐ Yes ☐ No *Casado*
  - C. Is the spouse employed? ☐ Yes ☐ No *Esposa/o trabaja*
  - D. Does the spouse have group coverage? ☐ Yes ☐ No *El esposo/a tiene seguro*
  - E. Does the patient have coverage through a spouse, parent or guardian's employer group health plan? ☐ Yes ☐ No *Tiene el paciente seguro a travez de la esposa, padres or guardian.*
  - F. If you answered yes to either 3, 3D, 3E you will need to fill out the information below: *(Si es aplicable, llene los datos de la Compañía de Seguro)*  
  
Insurance Company: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Policy/Certification Number: \_\_\_\_\_  
Group Name: \_\_\_\_\_  
Group Number: \_\_\_\_\_
4. Is the patient entitled to benefits solely on the basis of end state renal disease?  
☐ Yes ☐ No *El paciente recibe los beneficios, solo por problemas renales.*
  - A. Has the patient been undergoing kidney dialysis for more than 12 months? ☐ Yes ☐ No *El paciente está en dialysis por más de 12 meses.*

**(REMEMBER IT IS THE AGENCY'S RESPONSIBILITY TO BILL PRIMARY INSURERS)**

Staff's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Remarks: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



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

Client Name: \_\_\_\_\_  
*Nombre del Paciente*

M.R.#: \_\_\_\_\_

Date client assessed for vulnerability: \_\_\_\_\_  
*Fecha en que el cliente fue evaluado*

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

\_\_\_\_\_  
*Firma del individual completando la forma*

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

|                                 |                               |
|---------------------------------|-------------------------------|
| Name (Claimant) (Print or Type) | Social Security Number<br>- - |
| Wage Earner (If Different)      | Social Security Number<br>- - |

**Part I APPOINTMENT OF REPRESENTATIVE**

I appoint this person, \_\_\_\_\_

(Name and Address)

to act as my representative in connection with my claim(s) or asserted right(s) under:

- ☐ Title II (RSDI)    ☐ Title XVI (SSI)    ☐ Title XVIII (Medicare Coverage)    ☐ Title VIII (SVB)

This person may, entirely in my place, make any request or give any notice; give or draw out evidence or information; get information; and receive any notice in connection with my pending claim(s) or asserted right(s).

- ☐ I authorize the Social Security Administration to release information about my pending claim(s) or asserted right(s) to designated associates who perform administrative duties (e.g. clerks), partners, and/or parties under contractual arrangements (e.g. copying services) for or with my representative.

- ☐ I appoint, or I now have, more than one representative. My main representative is \_\_\_\_\_

(Name of Principal Representative)

|                                            |                                      |      |
|--------------------------------------------|--------------------------------------|------|
| Signature (Claimant)                       | Address                              |      |
| Telephone Number (with Area Code)<br>( ) - | Fax Number (with Area Code)<br>( ) - | Date |

**Part II ACCEPTANCE OF APPOINTMENT**

I, \_\_\_\_\_, hereby accept the above appointment. I certify that I have not been suspended or prohibited from practice before the Social Security Administration; that I am not disqualified from representing the claimant as a current or former officer or employee of the United States; and that I will not charge or collect any fee for the representation, even if a third party will pay the fee, unless it has been approved in accordance with the laws and rules referred to on the reverse side of the representative's copy of this form. If I decide not to charge or collect a fee for the representation, I will notify the Social Security Administration. (Completion of Part III satisfies this requirement.)

Check one: ☐ I am an attorney.    ☐ I am a non-attorney eligible for direct payment under SSA law.  
☐ I am a non-attorney not eligible for direct payment.

I am now or have previously been disbarred or suspended from a court or bar to which I was previously admitted to practice as an attorney. ☐ YES ☐ NO

I am now or have previously been disqualified from participating in or appearing before a Federal program or agency. ☐ YES ☐ NO

**I declare under penalty of perjury that I have examined all the information on this form, and on any accompanying statements or forms, and it is true and correct to the best of my knowledge.**

|                                            |                                      |      |
|--------------------------------------------|--------------------------------------|------|
| Signature (Representative)                 | Address                              |      |
| Telephone Number (with Area Code)<br>( ) - | Fax Number (with Area Code)<br>( ) - | Date |

**Part III FEE ARRANGEMENT**

- ☐ **Charging a fee and requesting direct payment** of the fee from withheld past-due benefits. (SSA must authorize the fee unless a regulatory exception applies. ~~Select an option, sign and date this section.~~)
- ☐ **Charging a fee but waiving direct payment** of the fee from withheld past-due benefits --I do not qualify for or do not request direct payment. (SSA must authorize the fee unless a regulatory exception applies.)
- ☐ **Waiving fees and expenses from the claimant and any auxiliary beneficiaries** --By checking this block I certify that my fee will be paid by a third-party, and that the claimant and any auxiliary beneficiaries are free of all liability, directly or indirectly, in whole or in part, to pay any fee or expenses to me or anyone as a result of their claim(s) or asserted right(s). (SSA does not need to authorize the fee if a third-party entity or a government agency will pay from its funds the fee and any expenses for this appointment. Do not check this block if a third-party individual will pay the fee.)
- ☐ **Waiving fees from any source** --I am waiving my right to charge and collect any fee, under sections 206 and 1631(d)(2) of the Social Security Act. I release my client and any auxiliary beneficiaries from any obligations, contractual or otherwise, which may be owed to me for services provided in connection with their claim(s) or asserted right(s).

|                            |      |
|----------------------------|------|
| Signature (Representative) | Date |
|----------------------------|------|

# INFORMATION FOR CLAIMANTS

## What Your Representative(s) May Do

We will work directly with your appointed representative unless he or she asks us to work directly with you. Your representative may:

- get information from your claim(s) file;
- with your permission, designate associates who perform administrative duties (e.g. clerks), partners and/or parties under contractual arrangements (e.g., copying services) to receive information from us on his or her behalf (by checking the appropriate block and signing this form, you are providing your permission for your representative to designate such associates, partners, and/or contractual parties);
- give us evidence or information to support your claim;
- come with you, or for you, to any interview, conference, or hearing you have with us;
- request a reconsideration, a hearing, or Appeals Council review; and
- help you and your witnesses prepare for a hearing and question any witnesses.

Also, your representative will receive a copy of the decision(s) we make on your claim(s). We will rely on your representative to tell you about the status of your claim(s), but you still may call or visit us for information.

You and your representative(s) are responsible for giving Social Security accurate information. It is wrong to knowingly and willingly furnish false information. Doing so may result in criminal prosecution.

We usually continue to work with your representative until (1) you notify us in writing that he or she no longer represents you; or (2) your representative tells us that he or she is withdrawing or indicates that his or her services have ended (for example, by filing a fee petition or not pursuing an appeal). We do not continue to work with someone who is suspended or disqualified from representing claimants. We will inform you if we suspend your representative.

## What Your Representative(s) May Charge

Each representative you appoint can ask for a fee. To charge you a fee for services, your representative must get our authorization if you or another individual will pay the fee. However, as described in "Completing this form to appoint a representative, Part III Fee Arrangement" section of this form, under certain circumstances, we do not have to authorize the representative's fee. To request a fee, your representative must file a fee agreement or a fee petition. In either case, your representative cannot charge you more than the fee amount we authorize. If he or she does, promptly report this to your Social Security office.

### Filing A Fee Petition

Your representative may file a fee petition when his or her work on your claim(s) is complete. This written request describes in detail the amount of time your representative spent on each service he or she provided you. The request also gives the amount of the fee the representative wants to charge for these services. Your representative must give you a copy of the fee petition and each attachment. If you disagree with the information shown in the fee petition, contact your Social Security office. Please do this within 20 days of receiving your copy of the petition.

We will review the petition and consider the reasonable value of the services provided. Then we will tell you in writing the amount of the fee we authorize.

### Filing A Fee Agreement

If you and your representative have a written fee agreement, one of you must give it to us before we decide your claim(s). We usually will approve the agreement if:

- you both signed it;
- the fee you agreed on is no more than 25 percent of past-due benefits, or \$6,000 (or a higher amount we set and announced in the Federal Register), whichever is less;
- we approve your claim(s); and
- your claim results in past-due benefits.

We will tell you in writing the amount of the fee your representative can charge based on the agreement.

If we do not approve the fee agreement, we will tell you and your representative in writing. If your representative wishes to charge and collect a fee, he or she must file a fee petition.

After we tell you the amount of the fee your representative can charge, you or your representative can ask us to look at it again if either or both of you disagree with the amount. If we approved a fee agreement, the person who decided your claim(s) also may ask us to lower the amount. Someone who did not decide the amount of the fee the first time will review and finally decide the amount of the fee.

## How Much You Pay

You never owe more than the fee we authorize, except for:

- any fee a Federal court allows for your representative's services before it; and
- out-of-pocket expenses your representative incurs or expects to incur, for example, the cost of getting your doctor's or hospital's records. Our authorization is not needed for such expenses.

Your representative may accept money in advance as long as he or she holds it in a trust or escrow account. We usually withhold 25 percent of your past-due benefits to pay toward the fee for you if:

- your retirement, survivors, disability insurance, and/or supplemental security income claim(s) results in past-due benefits;
- your representative is an attorney or a non-attorney whom we have determined to be eligible to receive direct payment of fees; and
- your representative registers with us for direct payment before we effectuate a favorable decision on your claim.

You must pay your representative directly:

- **the rest of the fee you owe**, if the amount of the authorized fee is more than the money we withheld and paid to your representative for you plus any amount your representative held for you in a trust or escrow account.
- **all of the fee you owe**, if we did not withhold past-due benefits, (for example, because there are no past-due benefits; your representative waived direct payment, did not register for direct payment, you discharged the representative, or he or she withdrew from representing you, before we issued a favorable decision); or we withheld an amount from your past-due benefits, but your representative did not ask us to authorize a fee or tell us that he or she planned to ask for a fee within 60 days after the date of your notice of award and we released the withheld amount to you

## IN-HOME CALENDAR

SOC DATE     /    /    

CARE MANAGER \_\_\_\_\_

INSTRUCTIONS. Circle or highlight the appropriate month and write in dates accordingly. Proceed by specifying all visits ordered by designating discipline(s) for each day. (See Discipline legend below.)

[illegible]

|             |     |                         |                                 |       |
|-------------|-----|-------------------------|---------------------------------|-------|
| DISCIPLINE: | SN  | Skilled Nursing         | PT - Physical Therapy           | _____ |
|             | HHA | Home Health Aide        | OT - Occupational Therapy       | _____ |
|             | MSS | Medical Social Services | SLP - Speech Language Pathology | _____ |

PATIENT/CLIENT NAME - Last, First, Middle initial

| ID# |
|-----|
|-----|

## IN-HOME CALENDAR

Sample

Admitted: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Discharge: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Admitido* *Alta*  
 Hospital: \_\_\_\_\_  
 Reason / Razón: \_\_\_\_\_

Admitted: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Discharge: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Admitido* *Alta*  
 Hospital: \_\_\_\_\_  
 Reason / Razón: \_\_\_\_\_

[illegible]



Notes:

Sample



**BILL OF RIGHTS STATEMENT** *(As Our Client You Have the Right to Exercise Your Rights, and/or to Designate a Representative to Exercise them for you)*



**Rights of the patient.** The patient has the right to:

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

*Nombre del Paciente*

- (1) Have his or her property and person treated with respect;
- (2) Be free from verbal, mental, sexual, and physical abuse, including injuries of unknown source, neglect and misappropriation of property;
- (3) Make complaints to our Agency regarding treatment or care that is (or fails to be) furnished, and the lack of respect for property and/or person by anyone who is furnishing services on behalf of our Agency;
- (4) Participate in, be informed about, and consent or refuse care in advance of and during treatment, where appropriate, with respect to:
  - (i) Completion of all assessments;
  - (ii) The care to be furnished, based on the comprehensive assessment;
  - (iii) Establishing and revising the plan of care;
  - (iv) The disciplines that will furnish the care;
  - (v) The frequency of visits;
  - (vi) Expected outcomes of care, including patient identified goals, and anticipated risks and benefits;
  - (vii) Any factors that could impact treatment effectiveness; and
  - (viii) Any changes in the care to be furnished.
- (5) Receive all services outlined in the plan of care.
- (6) Have a confidential clinical record. Access to or release of patient information and clinical records is permitted in accordance with regulations. *(An OASIS privacy notice to all patients for whom the OASIS data is collected will be provided)*
- (7) Be advised of: (i) The extent to which payment for HHA services may be expected from Medicare, Medicaid, or any other federally funded or federal aid program known to the Agency, (ii) The charges for services that may not be covered by Medicare, Medicaid, or any other federally funded or federal aid program known to the Agency, (iii) The charges the individual may have to pay before care is initiated; and (iv) Any changes in the information provided when they occur. Our Agency must advise the patient and representative (if any), of these changes as soon as possible, in advance of the next home health visit.
- (8) Receive proper written notice, in advance of a specific service being furnished, if our Agency believes that the service may be non covered care; or in advance of our Agency reducing or terminating on going care.
- (9) Be advised of the state toll free home health telephone hot line, its contact information, its hours of operation, and that its purpose is to receive complaints or questions about local HHAs. *(If applicable we will provide the Accreditation Body phone number also).*
- (10) Be advised of the names, addresses, and telephone numbers of the following Federally funded and state funded entities that serve the area where the patient resides: (i) Agency on Aging, (ii) Center for Independent Living, (iii) Protection and Advocacy Agency, (iv) Aging and Disability Resource Center; and (v) Quality Improvement Organization.
- (11) Be free from any discrimination or reprisal for exercising his or her rights or for voicing grievances to our Agency or an outside entity.
- (12) Be informed of the right to access auxiliary aids and language services, and how to access these services, free of charge.

**Transfer and discharge:** The patient and representative (if any), have a right to be informed of the HHA's policies for transfer and discharge. The HHA may only transfer or discharge the patient from our Agency if: (1) The transfer or discharge is necessary for the patient's welfare because our Agency and the physician who is responsible for the home health plan of care agree that our Agency can no longer meet the patient's needs, based on the patient's acuity. Our Agency must arrange a safe and appropriate transfer to other care entities when the needs of the patient exceed the HHA's capabilities; (2) The patient or payer will no longer pay for the services provided by our Agency; (3) The transfer or discharge is appropriate because the physician who is responsible for the home health plan of care and our Agency agree that the measurable outcomes and goals set forth in the plan of care have been achieved, and our Agency and the physician who is responsible for the home health plan of care agree that the patient no longer needs the HHA's services; (4) The patient refuses services, or elects to be transferred or discharged; (5) Our Agency determines, under a policy set by our Agency for the purpose of addressing discharge for cause that the patient's (or other persons in the patient's home) behavior is disruptive, abusive, or uncooperative to the extent that delivery of care to the patient or the ability of our Agency to operate effectively is seriously impaired. Our Agency must do the following before it **discharges a patient** for cause: (i) Advise the patient, represent for the home health plan of care, and the patient's primary care practitioner or other health care professional who will be responsible for providing care and services to the patient after discharge from our Agency (if any) that a discharge for cause is being considered; (ii) Make efforts to resolve the problem(s) presented by the patient's behavior, the behavior of other persons in the patient's home, or situation; (iii) Provide the patient and representative (if any), with contact information for other agencies or providers who may be able to provide care; and (iv) Document the problem(s) and efforts made to resolve the problem(s), and enter this documentation into its clinical records; (6) The patient dies; or (7) Our Agency ceases to operate.

**Investigation of complaints. Our HHA must:** (i) Investigate complaints made by a patient, the patient's representative (if any), and the patient's caregivers and family, including, but not limited to, the following topics: (A) Treatment or care that is (or fails to be) furnished, is furnished inconsistently, or is furnished inappropriately; and (B) Mistreatment, neglect, or verbal, mental, sexual, and physical abuse, including injuries of unknown source, and/or misappropriation of patient property by anyone furnishing services on behalf of our Agency. (ii) Document both the existence of the complaint and the resolution of the complaint; and (iii) Take action to prevent further potential violations, including retaliation, while the complaint is being investigated. (2) Any HHA staff (whether employed directly or under arrangements) in the normal course of providing services to patients, who identifies, notices, or recognizes incidences or circumstances of mistreatment, neglect, verbal, mental, sexual, and/or physical abuse, including injuries of unknown source, or misappropriation of patient property, must report these findings immediately to our Agency and other appropriate authorities in accordance with state law. *(Contact information for our Agency administrator, including the name, business address, and business phone number will be provided in order to receive complaints)*

**Accessibility. Information must be provided to patients in plain language and in a manner that is accessible and timely to:** (1) Persons with disabilities, including accessible Web sites and the provision of auxiliary aids and services at no cost to the individual in accordance with the Americans with Disabilities Act and Section 504 of the Rehabilitation Act. (2) Persons with limited English proficiency through the provision of language services at no cost to the individual, including oral interpretation and written translations.

*(Service Agreement, signed by the patient, or legal representative, acknowledges that he/she received the Notice of the Bill of Rights)*

**DECLARACIÓN DE LA FICHA DE DERECHOS** (Como nuestro cliente tiene derecho a ejercer sus derechos, y / o designar un representante para ejercer ellos para ti)

**Derechos del paciente.** El paciente tiene derecho a:

- (1) Tener su propiedad y la persona tratada con respeto;
- (2) Estar libre de abuso verbal, mental, sexual y físico, incluidas lesiones de origen desconocido, abandono y apropiación indebida de propiedad;
- (3) Presentar quejas a la nuestra Agencia con respecto al tratamiento o atención que se proporciona (o no se proporciona), y la falta de respeto por la propiedad y / o la persona por parte de cualquier persona que proporcione servicios en nombre de la Agencia (HHA);
- (4) Participar, ser informado y consentir o rechazar la atención antes y durante el tratamiento, cuando corresponda, con respecto a
- (i) Finalización de todas las evaluaciones; (ii) La atención a ser proporcionada, basada en la evaluación integral; (iii) Establecer y revisar el plan de cuidado; (iv) Las disciplinas que proporcionarán la atención; (v) La frecuencia de visitas; (vi) los resultados esperados de la atención, incluidos los objetivos identificados por el paciente y los riesgos y beneficios anticipados; (vii) Cualquier factor que pueda afectar la efectividad del tratamiento; y (viii) Cualquier cambio en la atención que se proporcionará.

(5) Recibir todos los servicios detallados en el plan de cuidado.

(6) Tener un registro clínico confidencial. Se permite el acceso o la divulgación de la información del paciente y los registros clínicos de acuerdo con las regulaciones. *(Se proporcionará un aviso de privacidad de OASIS a todos los pacientes para quienes se recopilan los datos de OASIS)*

(7) Tenga conocimiento de: (i) El pago que se puede esperar por los servicios de Medicare, Medicaid o cualquier otro programa de ayuda federal o federalmente proveído por la HHA, (ii) Los cargos por servicios que no pueden estar cubierto por Medicare, Medicaid o cualquier otro programa de ayuda federal o federalmente proveído por la HHA, (iii) Los cargos que la persona deba pagar antes de que se inicie la atención; y (iv) Cualquier cambio en la información provista cuando ocurra. La Agencia debe informar al paciente y al representante (si corresponde) de estos cambios tan pronto como sea posible, antes de la próxima visita a domicilio.

(8) Recibir un aviso por escrito con la debida anticipación de la prestación de un servicio específico, si la Agencia considera que el servicio puede ser atención no cubierta; o antes de que la Agencia reduzca o termine la atención médica.

Infórmese sobre la línea telefónica gratuita estatal de atención médica en el hogar, su información de contacto, su horario de atención y su propósito es recibir quejas o preguntas sobre las Agencias locales. *(Si aplica le proveeremos el teléfono de la Compañía de Acreditación)*

(10) Recibir aviso de los nombres, direcciones y números de teléfono de las siguientes entidades financiadas con fondos federales o por el estado que prestan servicio en el área donde reside el paciente: (i) Agency on Aging, (ii) Center for Independent Living, (iii) Protection y la Agencia de Defensa, (iv) el Centro de Recursos de Envejecimiento y Discapacidad; y (v) Organización para la mejora de la calidad del servicio.

(11) Estar libre de cualquier discriminación o represalia por ejercer sus derechos o por expresar sus quejas a la HHA o a una entidad externa.

(12) Infórmese sobre el derecho a acceder a servicios auxiliares y de idiomas, y cómo acceder a estos servicios de forma gratuita.

**Transferencia y Alta:** El paciente y el representante (si corresponde) tienen derecho a que se les informe sobre las políticas de transferencia y alta de la HHA. La HHA solo puede transferir o dar de alta al paciente de la HHA si: (1) La transferencia o alta es necesaria para el bienestar del paciente porque la HHA y el médico responsable del plan de atención domiciliaria concuerdan en que la HHA ya no puede satisfacer las necesidades del paciente, de acuerdo con la agudeza del paciente. La HHA debe organizar una transferencia segura y apropiada a otras entidades de atención cuando las necesidades del paciente exceden las capacidades de la HHA; (2) El paciente o seguro ya no pagará por los servicios provistos por la HHA; (3) La transferencia o alta es apropiada porque el médico responsable del plan de atención domiciliaria y la HHA acuerdan que se han logrado los resultados medibles y los objetivos establecidos en el plan de atención, y la Agencia y el médico que es responsable de que el plan de atención médica domiciliaria acepte que el paciente ya no necesita los servicios de la HHA; (4) El paciente rechaza servicios o elige ser transferido o dado de alta; (5) La HHA determina, bajo una política establecida por la HHA con el propósito de abordar el alta por causa de que el comportamiento del paciente (u otras personas en el hogar del paciente) es perturbador, abusivo o no cooperativo en la medida en que la entrega de la atención a el paciente o la capacidad de la HHA para operar con eficacia se ve seriamente afectada. HHA debe hacer lo siguiente antes de **dar de alta a un paciente:** (i) Aconsejar al paciente, presentar un plan de atención médica y al profesional de atención primaria del paciente u otro profesional de atención médica que será responsable de brindar atención y servicios al paciente después del alta del HHA (si lo hay) que se está considerando el alta; (ii) Hacer esfuerzos para resolver el problema(s) presentado por el comportamiento del paciente, el comportamiento de otras personas en el hogar del paciente, o la situación; (iii) Proporcionar al paciente y al representante (si corresponde), con información de contacto de otras agencias o proveedores que puedan brindar atención; y (iv) Documente el (los) problema (s) y los esfuerzos realizados para resolver el (los) problema (s), e ingrese esta documentación en sus registros clínicos; (6) El paciente muere; o (7) La Agencia deja de operar.

**Investigación de quejas.** Nuestra HHA debe: (i) Investigar las quejas presentadas por un paciente, el representante del paciente (si corresponde) y los cuidadores y la familia del paciente, incluidos, entre otros, los siguientes temas: (A) Tratamiento o atención que es (o no se suministra), se entrega de manera inconsistente o se proporciona de manera inapropiada; y (B) Maltrato, negligencia o abuso verbal, mental, sexual y físico, incluidas las lesiones de origen desconocido, y / o la apropiación indebida de la propiedad del paciente por parte de cualquier persona que proporcione servicios en nombre de la HHA. (ii) Documentar tanto la existencia de la queja como la resolución de la misma; y (iii) tomar medidas para prevenir futuras violaciones potenciales, incluidas represalias, mientras se investiga la denuncia. (2) Cualquier miembro del personal de HHA (ya sea empleado directamente o bajo arreglos) en el curso normal de la prestación de servicios a los pacientes, que identifique, notifique o reconozca incidencias o circunstancias de maltrato, negligencia, abuso verbal, mental, sexual y / o físico. , incluyendo lesiones de origen desconocido o apropiación indebida de propiedad del paciente, debe informar estos hallazgos inmediatamente a la Agencia y otras autoridades apropiadas de acuerdo con la ley estatal. *(Información de contacto del administrador de la Agencia, incluyendo el nombre, dirección comercial y teléfono comercial, se proporcionará un número para recibir quejas)*

**Accesibilidad.** La información debe proporcionarse a los pacientes en lenguaje sencillo y de manera accesible y oportuna para: (1) Las personas con discapacidad, incluidos los sitios web accesibles y la provisión de ayudas y servicios auxiliares sin costo para el individuo de acuerdo con la Ley de Discapacidades y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación. (2) Personas con dominio limitado del inglés a través de la prestación de servicios lingüísticos sin costo para el individuo, incluida la interpretación oral y las traducciones escritas.

*(El Contrato de Servicio, firmado por el paciente o representante legal, reconoce que recibió el Aviso de la Declaración de Derechos)*

# HOME HEALTH AIDE CARE PLAN (PLAN DE CUIDADO DE LA AYUDANTE DE ENFERMERA)



Patient Address: \_\_\_\_\_ Telephone No. \_\_\_\_\_

Directions to Home: \_\_\_\_\_

☐ Patient oriented with Care Plan ☐ Reviewed with Home Health Aide/CNA

Care Manager: \_\_\_\_\_ Phone No. \_\_\_\_\_

Frequency/Duration: \_\_\_\_\_

Supervisory visits: ☐ every 14 days ☐ every 30 ☐ every 60 ☐ Other \_\_\_\_\_

Patient problem: \_\_\_\_\_

DNR: ☐ Yes ☐ No

PARAMETERS TO NOTIFY CARE MANAGER / PARAMETROS A NOTIFICAR

T° \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_\_

P \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_

Urine \_\_\_\_\_

☒ changes in skin condition including pressure ulcers

Other (pain) \_\_\_\_\_

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lives alone/Vive solo<br><input type="checkbox"/> Lives with other/Vive con otros<br><input type="checkbox"/> Alone during the day/Solo durante el día<br><input type="checkbox"/> Bed bound/Confinado a la cama<br><input type="checkbox"/> Bed rest/BRPs/Descanso en la cama<br><input type="checkbox"/> Up as tolerated/Se levanta hasta donde puede<br><input type="checkbox"/> Amputee (specify)/Amputación: _____<br><input type="checkbox"/> Partial weight bearing/Soporte de peso parcial: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L | <input type="checkbox"/> Non weight bearing/No soporte de peso: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L<br><input type="checkbox"/> Fall precautions/Prevención de caídas<br><input type="checkbox"/> Special equipment/Equipos especiales: _____<br><input type="checkbox"/> Speech/Communication deficit/Habla deficiente<br><input type="checkbox"/> Vision deficit/Visión def: <input type="checkbox"/> Glasses/Especiales<br><input type="checkbox"/> Contacts/Lentes de contacto<br><input type="checkbox"/> Other/Otro: _____<br><input type="checkbox"/> Hearing deficit/Def. Auditiva: <input type="checkbox"/> Hearing aid/Ayuda para oír | <input type="checkbox"/> Dentures/Dentaduras: <input type="checkbox"/> Upper/Sup. <input type="checkbox"/> Lower/baja<br><input type="checkbox"/> Partial/Parcial<br><input type="checkbox"/> Oriented/Orientado x 3 <input type="checkbox"/> Alert/Alerta<br><input type="checkbox"/> Forgetful/Confused/Olvidadiso/Confuso<br><input type="checkbox"/> Urinary catheter/Cateter urinario<br><input type="checkbox"/> Prosthesis/Protesis (specify): _____<br><input type="checkbox"/> Allergies/Alergias (specify): _____ | <input type="checkbox"/> Diabetic/Diabético <input type="checkbox"/> Do not cut nails/No cortar uñas<br><input type="checkbox"/> Diet/Dieta: _____<br><input type="checkbox"/> Seizure precaution/Precauciones con convulsiones<br><input type="checkbox"/> Watch (observar por) for hyper/hypoglycemia<br><input type="checkbox"/> Bleeding precautions/Prec. sangramientos<br><input type="checkbox"/> Prone to fractures/Possible fracturas<br><input type="checkbox"/> Other (specify)/Otro (especificar): _____ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

| ASSIGNMENT-TAREAS            |                                                                    | Every visit              | Weekly                   | Multi-Visits a day only  |                          |                          |                          | Other - Otro Comments/Instructions |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
|                              |                                                                    |                          |                          | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | Comentarios/Instrucciones          |
| VITALS / VITALES             | Temperature/Temperatura                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Pulse/Pulso                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Respirations/Respiración                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Blood Pressure/Presión                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Weight/Peso                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
| BATH / BAÑO                  | Pain Rating (0-10 scale)/Dolor                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Tub/Shower-Bañera/Ducha                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Bath: Bed/Sponge - Baño: Cama/Sponja                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Partial/Complete-Parcial/Completo                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
| HYGIENE / GROOMING / HIGIENE | Assist Bath-Chair - Asistir baño en silla                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Personal Care/Cuidado Personal                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Assist with Dressing/Asistir vestirse                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Hair Care/Cuidado del cabello                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Hair shampooing in sink, tub, bed                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Skin Care/Cuidado de la piel                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Foot Care/Cuidado de los pies                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Check Pressure Areas/Ulceras de presión                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Nail Care/Cuidado de las uñas                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Oral Care/Cuidado oral                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
| PROCEDURES / PROCEDIMIENTOS  | Clean Dentures/Limpiar dentaduras                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Shave/Afeitar                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Other/Otro: _____                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Assist with Elimination/Asistir eliminación                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Catheter Care/Cuidado de catetes                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Ostomy Care/Cuidar ostomía                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Record Intake/Output-Registro tomar/salida                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Inspect/ Reinforce/Inspeccionar                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Dressing/Vendas (see specifics in comment section/ver comentarios) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Medication Reminder/Recordar medicinas                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
| ACTIVITY / ACTIVIDADES       | Other (specify)/Otro (especificar):                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Assist with - Asistir con Ambulation/Ambulación                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | WC/Walker/Care - Silla Rueda/Andador/Bastón                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Assist with Mobility/asistir con movilidad                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Chair/Bed/Dangle-Silla/Cama/Oscilar                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Commode/Cuña-Pato                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Shower/Tub=Ducha/Bañera                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | ROM Active/Passive-Rango de Mov. Activo/Pasivo                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Arm R/L (Brazos D/I)                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Leg R/L (Pies D/I)                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
| NUTRITION / NUTRICION        | Positioning-Encourage / Cambio de Posiciones                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Assist/assistir _____ hrs                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Exercise Per - Ejercicios por PT / OT / SLP                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Care Plan/Plan de cuidado                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Other (specify)/Otro (especificar):                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
| OTHER / OTRO                 | Meal Preparation/Prep. de comida                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Assist with Feeding/Asistir alimentar                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Limit/Encourage-Limitar/Exigir Fluid/Fluidoss                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Grocery Shopping/Comprar comida                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Other (specify)/Otro (especificar):                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
| OTHER / OTRO                 | Wash Clothes/Lavar ropa                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Light Housekeeping/Ligera limpieza                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Bedroom / Baño                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Bathroom/Cuarto / Kitchen /Cocina                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Change Bed Linen/Cambiar sábanas                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
| OTHER / OTRO                 | Equipment Care/Cuidado de equipos                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
|                              | Other (specify)/Otro (especificar):                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |

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

SIGNATURE/TITLE DATE SIGNATURE/TITLE DATE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## PART 1 - Clinical Record

## PART 2 - Patient Home Folder

PATIENT NAME - Last, First, Middle Initial

ID#

As Nurse Aide you are an important member of the home care team. It is important that you check your Aide Care Plan before initializing care. Perform only the tasks assigned on the patient's Care Plan. If there are tasks being performed that are not on the patient care plan, notify your supervisor for approval before the changes are made.

REMEMBER TO RESPECT PATIENT'S PRIVACY/PROPERTY

pnsystem.com

305.777.5580

(855)PNSystem

# EMERGENCY/DISASTER PLAN FOR HOME HEALTHCARE PATIENTS

## PLAN DE EMERGENCIA/DESASTRE PARA PACIENTES EN SU CASA

(Keep this plan where it can be easily located/Mantenga este plan en un lugar accesible)



**Date/Fecha:** \_\_\_\_\_ **Client:** \_\_\_\_\_ **MR #:** \_\_\_\_\_  
**Nombre del cliente** **DOB/Fecha Nac.:** \_\_\_\_\_ **Age/Edad:** \_\_\_\_\_

**Information obtained by:** \_\_\_\_\_  
**Address/Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Living situation/como vive:** \_\_\_\_\_

☐ Client/Patient (Cliente/Paciente)  
☐ Caregiver (Persona encargada): Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Relationship/relación: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Health Insurance, phone / Seguro Médico: \_\_\_\_\_

**Service Provided (Servicios)** ☐ Skilled Services ☐ Non Skilled

**Client's Emergency Classification/Clasificación de Emergencia del Cliente:** (circle one) **D1 D2 D3 D4** (see back instructions)

**Patient's Data / Datos del Paciente:** ☐ Limited English proficiency (problemas con el inglés) . Primary language: \_\_\_\_\_ (lenguaje primario)

**Allergies/Alergias:** ☐ NKA ☐ Penicillin ☐ Sulfa ☐ Aspirin ☐ Iodine ☐ Other: \_\_\_\_\_

☒ **Medications:** See medication scheduled/Ver el registro de medicinas (part of the Emergency Plan)

| Supplies/DME (Suministros y Equipos Médicos)                                                                                                                                                       | Special Needs/Functional Limitations (Necesidades especiales, limitaciones) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stethoscope (estetoscopio), Thermometer (termómetro), Probe Cover, Sphygmomanometer (esfimo), Gloves (guantes), Alcohol Pads (almohadillas de alcohol), and scale (pesa). | <input type="checkbox"/> Vision Impairments (problemas de visión)           |
| <input type="checkbox"/> Walker (andador)                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Service animal                                     |
| <input type="checkbox"/> Cane (bastón)                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Fall precautions (caídas)                          |
| <input type="checkbox"/> W/C (silla de rueda)                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Memory Impairment                                  |
| <input type="checkbox"/> Commode (cómoda)                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Diabetic precautions                               |
| <input type="checkbox"/> Hospital Bed (cama de hospital)                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Obesity (obesidad)                                 |
| <input type="checkbox"/> Diabetic Supplies (suministros DM)                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Severe pain (dolor severo)                         |
| <input type="checkbox"/> Wound care Supplies (heridas)                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Speech (habla)                                     |
| <input type="checkbox"/> Other: _____                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Hearing (oído)                                     |
| <b>Mental Status/Depresión Hx</b> _____                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Ambulation                                         |
| <input type="checkbox"/> Oriented (orientado)                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Endurance (resistencia)                            |
| <input type="checkbox"/> Disoriented (desorientado)                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Dyspnea (falta de aire)                            |
| <input type="checkbox"/> Alert (alerta)                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Speech (habla)                                     |
| <input type="checkbox"/> Dementia (demencia)                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Seizures precautions (convulsiones)                |
| <input type="checkbox"/> Forgetful (olvidadizo)                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Aspiration precautions (aspiración)                |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Other (otros): _____                               |

**Home Medical Equipment (Compañía de equipos):** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_ ☐ None ☐ Unknown

| Pharmacy/Farmacia | Doctor       |
|-------------------|--------------|
| Name: _____       | Name: _____  |
| Phone: _____      | Phone: _____ |

### IN CASE OF EMERGENCY CALL 911 (EN CASO DE EMERGENCY MEDICA LLAMAR AL 911)

In Case of Nursing or related problem, please call our Agency (phone in the cover of you handbook)

Problemas con el Servicio llame a nuestra Agencia (el número en la cubierta de su manual)

**In Case of Emergency Notify to/En caso de Emergencia notificar a:**

☐ Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
☐ Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**Your nurse/enfermera(o) (name/nombre) :** \_\_\_\_\_ **Phone/Teléfono:** \_\_\_\_\_

**In the event of Emergency (Or Natural Disaster) I will/En caso de emergencia (o desastre natural) Yo:**

☐ Stay at home (Me quedará en casa. Who will help with meds/Quien le ayudará con medicinas): \_\_\_\_\_  
☐ Stay with family (Voy con familiares): Name/Address: \_\_\_\_\_  
☐ Go to Shelter (Voy al Refugio) address: \_\_\_\_\_  
☐ Go to hospital, if medically necessary (Name): \_\_\_\_\_

**TRANSPORTATION:** ☐ Not needed, N/A (No necesaria) ☐ Client will be driven by family (La familia lo llevará) ☐ Client will be picked up by special needs transportation service (servicio de transporte para necesidades especiales)  
☐ Client will take public transportation (transportación pública) ☐ Other (Otro): \_\_\_\_\_

☐ I do not want assistance for transportation or shelter placement at this time. If I desire assistance in the future, I understand it is my responsibility to contact the Office of Emergency Management of my respective County. No deseo asistencia para transporte o traslado a refugio en este momento. Si deseara asistencia en el futuro, entiendo que es mi responsabilidad contactar a la Oficina de Manejos de Emergencias de mi respectivo Condado.

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

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

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

www.pnsystem.com



## 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 (High Risk)**

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 (Moderate Risk)**

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 (Low Risk)**

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 una AMBULANCIA, deben marcar el 911.

### **CLASIFICACION**

(favor de circular la clasificación del paciente)

#### **D1 (category 1) (Alto Riesgo)**

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

#### **D2 (category 2) (Riesgo Moderado)**

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

#### **D3 (categoria 3) (Poco Riesgo)**

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

#### **D4 (Categoria 4)**

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



## 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 21                 |
| Definiciones del Cuidado de la Salud a Domicilio                     | Page 22                 |
| Disciplinas del cuidado de la salud a domicilio                      | Page 22                 |
| Sugerencias como alcanzar Máxima Independencia                       | Page 22                 |
| Horario de Operación y Servicio de Emergencia                        | Page 23                 |
| Información para pacientes con limitaciones sensoriales              | Page 23                 |
| Importancia de la Etica                                              | Page 23                 |
| No Discriminación (La Ley)                                           | Page 23                 |
| Confidencialidad                                                     | Page 23                 |
| Rehabilitación de la Vision Disminuida                               | Page 24                 |
| Derechos de los Pacientes, Quejas y Sugerencias                      | Page 24                 |
| Responsabilidades de los Pacientes                                   | Page 24                 |
| Servicio de Asistencia de Lenguaje                                   | Page 24                 |
| Requerimiento Cara a Cara                                            | Page 24                 |
| Mínimo Cargo por nuestros servicios                                  | Page 24                 |
| Metas Nacionales para la Seguridad del Paciente                      | Page 24                 |
| Prevención de Fraude                                                 | Page 24                 |
| Servicios                                                            | Page 24                 |
| Requisitos de Admisión                                               | Page 25                 |
| Aviso de No Cobertura por el Proveedor de Medicare (Si Existe)       | Page 25                 |
| La Asistente de Enfermera en la Casa                                 | Page 25                 |
| Información sobre retiro de desechos biológicos                      | Page 25                 |
| Alzheimer's y el cuidado de la salud a domicilio                     | Page 25                 |
| Que debo saber sobre seguridad de Medicamentos                       | Page 26                 |
| Quien es responsable de sus Medicamentos?                            | Page 26                 |
| Medidas de Seguridad con el Oxígeno                                  | Page 26                 |
| Cuidese y Cuide su Diabetes                                          | Page 26                 |
| Manejo del Dolor                                                     | Page 26                 |
| Precauciones para Evitar Caídas                                      | Page 26                 |
| Precauciones con Dispositivos y Equipos Médicos                      | Page 27                 |
| Ayude a prevenir errores en el Cuidado que recibe                    | Page 27                 |
| Reglas Básicas de Seguridad: En el Hogar                             | Page 27                 |
| Plan de Emergencia/Seguridad del Hogar/Plan de Salida de Emergencia  | Page 27                 |
| Detectores de Humo                                                   | Page 27                 |
| Que puede hacer para evitar infecciones                              | Page 28                 |
| Procedimiento para el Control de Infecciones                         | Page 28                 |
| Vacúnese para evitar enfermedades y que se extiendan las Infecciones | Page 28                 |
| Precauciones Universales para nuestros empleados                     | Page 28                 |
| Practicas de Higiene Respiratoria                                    | Page 28                 |
| Poliza sobre Directivas Anticipadas                                  | Page 29                 |
| Instrucciones por adelantado referente a la Atención Médica          | Page 29                 |
| Noticia Sobre Prácticas de Privacidad (HIPAA)                        | Page 30, 31             |
| Manejo de Riesgos de Hospitalización                                 | Page 31                 |
| Como comprender a los Médicos y los demás profesionales de salud     | Page 31                 |
| OASIS Declaración de Derechos de Privacidad de los pacientes         | Page 32, 33, 34         |
| Quejas, Poliza de Transferencia, Alta, Derechos del Paciente         | Page 35, 36, 37, 39     |
| Instrucciones en caso de Emergencia                                  | 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.

**"Cliente"** significa un anciano, desahilitado, 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:**

**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 Cardíacos, 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 disponible 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 FISICAS Y 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.

## POLIZA DE NO DISCRIMINACION

*Como recipiente de asistencia federal financiera, nuestra Agencia no excluye, deniega beneficios o discrimina contra cualquier persona basado en la raza, origen nacional, discapacidad o edad en admisiones, participación o recibo de servicios y beneficios en cualquiera de nuestros programas, actividades o empleo cuando es desarrollado por nuestra agencia directamente o a travez de contraltos con otra entidad en el cual nuestra Agencia dirige esos programas y actividades.*

*Esta declaración es de acuerdo con las provisiones del Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964, la Sección 504 del Acta de Rehabilitación de 1973, el Acta de Discriminación por Edad de 1975, y las Regulaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos respect al Afta del Título 45 del Código Federal de Regulaciones Parte 80, 84 y 91. (Otras leyes y Regulaciones Federales que proven similar protección en contra de la discriminación de acuerdo al sexo y credo.)*

*En caso de preguntas favor de contactaral coordinador de la Sección 504 de la Agencia, información en el cover del libro.*

## CONFIDENCIALIDAD

Toda la información recibida por empleados o agencias de servicios / o que lo reciban por un reporte o inspeccion 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 poliza 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, sera 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 medicare, 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 polizas 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 regimen 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 hara todo lo posible para asistirle con sus necesidades (interprete o traducción). Si usted necesita ayuda adicional llame a nuestra oficina.

## REQUERIMIENTO CARA A CARA

Medicare establecio un nuevo requisito para pagar por el cuidado de la salud a domicilio, para cumplir con el, **usted tiene que tener un encuentro/visita cara a cara con su doctor**, enfermera praticionista, o asistente de doctor, relacionado con la necesidad de sus servicios. Esta visita especial debe ocurrir antes de 90 días de comenzar los servicios, o dentro de los primeros 30 días de haber comenzado

## 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 Section 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 Caidas \* Identifique riesgos de seguridad del Paciente

## PREVENCION DE FRAUDE

**Vias para protegerse del fraude:** \* Revise profundamente el sumario de los reclamos hechos en su nombre para asegurarse que recibio 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, mas 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 medico y serán programados, coordinados y ofrecidos de conformidad con sus necesidades por nuestro equipo calificado de trabajo y bajo la dirección de su medico. Los servicios que podemos ofrecerles son: ENFERMERIA, ASISTENTE DE SALUD, TERAPIA FISICA, 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 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

**AVISO DE NO COBERTURA POR EL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE MEDICARE (SI EXISTE)**

**SU DERECHO DE APELAR ESTA DECISION:** Ud tiene el derecho, (mientras los servicios continúan) de que la decisión de terminar estos servicios sea revisada inmediatamente por una entidad médica independiente. Si decide apelar, el examinador independiente pedirá su opinión, y deberá responder preguntas ó proveer información. El examinador también revisará su expediente médico y cualquier otra información pertinente. No tiene que preparar nada por escrito, pero tiene el derecho de hacerlo si lo desea. Nuestra Agencia le proveerá una forma detallada al menos 48 horas antes de darle de alta.

## 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, Afeitar 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 NO INCLUIDAS EN LOS SERVICIOS**

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

**EL SERVICIO NO CUBRIRA POR LIMPIAR SU CASA O ACOMPAÑARLE**

Mientras tanto el paciente esta solo o que no pueda fisicamente 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 COMPAÑÍA 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 tینه 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. Este reto de comunicación se convierte en parte de las tareas de nuestros empleados.

## QUÉ DEBO SABER SOBRE SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS

¿Cuál 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 CUIDE 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 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, informandose 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 deshinchadas, 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 insulated 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 preguntárselo. **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 todas 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 tocer, 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 mascarillas si está tosiendo. Pueden usar mascarillas generales de procedimiento o de operaciones. (No es necesario usar mascarillas 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 especial: advertimos a nuestros profesionales usar mascarillas 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 requiere precauciones especiales.

## POLIZA SOBRE DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Propósito: 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 médico, 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) será 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 través de orientación y entrenamientos conducidos por la Agencia.
4. La presencia o ausencia de directivas anticipadas no influirá en la decisión 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 médico, 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 cardíaco. 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 corriamos 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).

## 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 HOSPITALIZACIÓN

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 caídas, auto-cuidado del paciente, Manejo de la enfermedad, nuestras ednfermeras 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.

**Agencia de Servicios de Salud en el Hogar**  
**Conjunto de Informacion de Evaluacion y Resultados (OASIS)**  
**DECLARACION DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD DE LOS**  
**PACIENTES**

**Como paciente de servicios de salud en el hogar, usted tiene los derechos de privacidad listados a continuacion.**

- **Usted tiene derecho a saber por que nosotros necesitamos hacerle preguntas.**

La ley requiere que nosotros recaudemos la informacion sobre su salud para asegurar:

- 1) que usted obtenga cuidados de salud de calidad, y
- 2) que los pagos para los pacientes de Medicare y Medicaid sean los correctos.

- **Usted tiene derecho a que la informacion sobre el cuidado de su salud se mantenga en forma confidencial.**

Puede ser que le pidamos que nos de informacion sobre usted para poder saber que tipo de servicios de cuidado de la salud en el hogar es el mejor para usted.

Nosotros mantenemos todo lo que sabemos sobre usted en forma confidencial.

Esto significa que solo aquellos que estan legalmente autorizados a saber, o que tienen una necesidad medica de saber, veran su informacion personal de salud.

- **Usted tiene derecho a rehusarse a contestar preguntas.**

Puede ser que nosotros necesitemos su ayuda para recaudar la informacion sobre su salud.

Si usted elige no contestar, nosotros completaremos la informacion lo mejor que podamos.

No es necesario que usted conteste todas las preguntas para obtener los servicios.

- **Usted tiene derecho a revisar su informacion personal de salud.**

- Nosotras sabemos lo importante que es que la informacion que obtenemos sobre usted sea correcta. Si usted cree que cometimos un error, pidanos que lo corrijamos.

- Si no esta satisfecho con nuestra respuesta, usted puede pedirle a Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, la agencia federal de Medicare y Medicaid, que corrija su informacion.

Usted le puede pedir a Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ver, revisar, copiar o corregir la informacion personal de su salud que la agencia Federal mantiene en su sistema de archivos OASIS de la Agencia de Servicios de Salud en el Hogar. Vease la parte de atras de este aviso y obtenga la INFORMACION PARA PONERSE EN CONTACTO. Si usted quiere una descripcion mas detallada sobre sus derechos de privacidad, lea la parte de atras de este aviso: DECLARACION DEL ACTA DE PRIVACIDAD -ARCHIVOS DEL CUIDADO DE LA SALUD.

Este es un aviso aprobado por Medicare & Medicaid.



|                                                    |  |                                                                 |
|----------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|
| Centros de Servicios de Medicare y Medicaid        |  | Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos |
| Este es un aviso aprobado por Medicare & Medicaid. |  |                                                                 |

## **Declaracion del Acta de Privacidad -Archivos del cuidado de la Salud.**

**Esta declaracion le da a usted el consejo requerido por ley (el Acta de Privacidad de 1974).**

Esta declaración no es un formulario de consentimiento. No será usado para publicar información o para utilizar la información sobre el cuidado de su salud.

**I. Autoridad para la recoleccion de su informacion, incluyendo su m'imero del Seguro Social, y si se le requiere a usted que provea informacion para esta evaluacion. Secciones 1102(a), 1154, 1861(0), 1861(z), 1863, 1864, 1865, 1871, 1891(b) del Acta del Seguro Social.**

Las agencias de servicios de salud en el hogar participantes de Medicare y Medicaid deben realizar una evaluación completa que refleje exactamente el estado de su salud actual e incluir la información que puede ser usada para demostrar su progreso hacia sus metas de salud. La agencia de servicios de salud en el hogar debe usar el "Conjunto de información de Evaluación y Resultados" (OASIS) al evaluar su salud. Para hacer esto, la agencia debe obtener información de cada paciente. Esta información es usada por la Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en ingles, la agencia federal de Medicare & Medicaid) para asegurarse que la agencia de servicios de salud en el hogar reúne las normas de calidad y le brinda al paciente los cuidados de salud apropiados. Usted tiene derecho a rehusarse a proveer la información para la evaluación a la agencia de servicios de salud en el hogar. Si su información es incluida en una evaluación, esta protegida bajo el Acta federal de Privacidad de 1974 y por el sistema de archivos del "Conjunto de Información de Evaluación y Resultados de la Agencia de Servicios de Salud en el Hogar" (OASIS de la HHA). Usted tiene el derecho a ver, revisar, y pedir la corrección de su información que se encuentra en el sistema de archivos OASIS de la Agencia de Servicios de Salud en Hogar.

## **II. Proposito Principal Para el Que se Intenta Usar Su Informacion**

La información que se ha colectado se ingresará al sistema No. 09-70-9002 del Conjunto de Información de Evaluación y Resultados de la Agencia de Servicios de Salud en el Hogar (OASIS de la HHA). La información del cuidado de su salud incluida en el sistema de archivos OASIS de la Agencia de Servicios de Salud en Hogar será utilizada para los siguientes propósitos:

- apoyar los litigios en los que esta comprometida la Centros de Servicios de Medicare y Medicaid;
- apoyar las funciones reguladoras, de reembolso y de pólizas desarrolladas por la Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o por un contratista o consultor;
- estudiar la efectividad y calidad del cuidado provisto por esas agencias de servicios de salud en el Hogar;
- encuestar y certificar a las agencias de servicios de salud en el hogar de Medicare y Medicaid;
- proveer ayuda para el desarrollo, validación y refinamiento de un posible sistema de pago de Medicare;
- permitir a los reguladores proveer a las agencias de servicios de salud en el hogar datos para las actividades internas de mejoramiento de la calidad;
- apoyar la investigación, evaluación y proyectos epidemiológicos relacionados con la prevención de enfermedades o incapacidades, o la restauración o mantenimiento de la salud, y para los proyectos relacionados con los pagos de los cuidados de la salud; y
- apoyar los requerimientos constituyentes realizados a los representantes del Congreso.

## **III. Usos de Rutina**

Estos "Usos de rutina" especifican las circunstancias bajo las cuales la Centros de Servicios de Medicare y Medicaid deben emitir su información desde el Sistema de Archivos OASIS

**Agencia de Servicios de Salud en el Hogar  
Conjunto de Informacion de Evaluacion y Resultados  
(OASIS)**

**AVISO SOBRE PRIVACIDAD**

**Para Pacientes que no tienen la cobertura de Medicare o Medicaid**

---

- Como paciente de servicios de la salud en el hogar, hay algunas cosas que usted debe saber sobre nuestra recolección de información personal sobre el cuidado de su salud.
- Los gobiernos Estatales y Federal supervisan el cuidado de la salud en el hogar para asegurarse que nosotros proveemos dichos servicios de calidad, y que usted, en particular, obtiene servicios de cuidado de la salud en el hogar de calidad.
- Nosotros necesitamos hacerle preguntas porque la ley requiere que recolectemos la información relacionada a su salud para asegurar que usted obtiene servicios para el cuidado de la salud de calidad.
- Nosotros haremos su información anónima. De ese modo, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, la agencia Federal que supervisa esta agencia de servicios de salud en el hogar, no puede saber que esa información le corresponde a usted.
- Nosotros mantenemos todo lo que sabemos sobre usted en forma confidencial.



|                                                    |  |                                                                 |
|----------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|
| Centros de Servicios de Medicare y Medicaid        |  | Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos |
| Este es un aviso aprobado por Medicare & Medicaid. |  |                                                                 |



## TERAPIA ANTI-COAGULANTE

Su doctor puede prescribirle terapia anticoagulante. La cantidad de vitamina K que usted consume en su dieta interactúa con este medicamento; por favor, considere las siguientes recomendaciones. Consuma una dieta balanceada y consistente para que las necesidades de su medicamento no cambien. Los siguientes alimentos, cuando son ingeridos pudieran afectar su terapia anticoagulante. Comer más de estas comidas pudiera causar que su medicamento sea menos eficiente.

**Alimentos muy altos en Vitamina K:** Aceite de Canola, Alimentos que contengan Olestra, porque tiene vitaminas de grasa soluble, que contienen Vitamina K. Por favor, considere estas comidas como una fuente de vitaminas si usted lo incluye en su dieta. Garbanzo(chickpeas), Te verde, Vegetales de hojas verdes como espinacas y perejil Lentejas Algas.

**Alimentos altos en Vitamina K :** Carne de hígado, Broccoli, Coles de Bruselas, Col o repollo, Lechuga, Mayonesa, Soya, Aceite de Soya.

**Alimentos que no debe consumir: Alcohol:** Pudiera cambiar la manera en que usted responde al medicamento. Abstengase del alcohol mientras este tomando estos medicamentos.

Productos naturales como: ciertas hierbas pudieran interactuar con el medicamento y causar efectos no deseados. Por favor, informe a su doctor, farmacéutico, y dietista si usted está consumiendo alguna hierba, cosméticos u otros productos. Si usted tiene alguna pregunta respecto a este plegable, por favor, contacte a su doctor, farmacéutico, Dietista/Enfermera o **nuestra agencia**.

## PROCEDIMIENTO DE QUERELLAS

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

### Investigación de quejas por la agencia:

1. La atención se brinda de manera inconsistente o inadecuada
2. Maltrato, negligencia o abuso verbal, mental, sexual y físico, incluida la apropiación indebida del paciente propiedad de cualquier persona que proporcione servicios en nombre de la Agencia
3. Documentaremos queja y resolución
4. Tomaremos medidas para prevenir futuras violaciones potenciales
5. Todo el personal involucrado se reportará si es el caso.

Paciente será notificado de la Agencia **TRANSFERENCIAS y ALTAS** por:

1. Ya no podemos satisfacer las necesidades del paciente, de acuerdo con la situación del paciente. Debemos organizar una transferencia segura y apropiada.
  2. El paciente o seguro ya no pagará
  3. El médico acepta que el paciente ya no necesita los servicios de la Agencia
  4. El paciente rechaza servicios o elige ser transferido o dado de alta
  5. Según nuestra política, el comportamiento del paciente es perturbador, abusivo o no cooperativo en la medida en que la entrega de la atención al paciente, o la capacidad de la Agencia para operar eficazmente se ve seriamente afectada.
- Nosotros: a. Aconsejaremos al paciente, representante. b. Haremos esfuerzos para resolver el problema.  
c. Proporcionaremos información de contacto para otras agencias o proveedores. d. Documente el (los) problema (s) y los esfuerzos realizados.
6. El paciente muere.
  7. La Agencia cesa de operar

## POLIZA EN TRANSFERENCIA DE PACIENTE

Es la Poliza de la Agencia, que ninguna información del paciente será discutida, sin previa autorización del paciente o guardian legal. Toda la información recibida de un empleado, contratista o la Agencia reguladora del Estado es tratada confidencialmente. Si el paciente es transferido a otra Agencia, Hospital o ingresado en cualquier facilidad de cuidado de la salud, copia de sus records debe ser transferida de acuerdo a su autorización y solicitud, si es necesaria para continuar el tratamiento del paciente (La lista de Medicinas debe ser reconciliada, actualizada antes de la transferencia si es posible). En todos los casos, cuando un paciente se transfiere a un Hospital u otra facilidad de ingreso, si el episodio abierto de cuidado de la salud a domicilio no está terminado, es discreción de nuestro Director de Enfermera o el Doctor dar o no dar de alta al paciente de nuestra agencia, el periodo de espera para dar de alta depende solamente de la fecha de fin del episodio activo, si el paciente sigue hospitalizado en la fecha del final del episodio, el paciente será dado de alta de nuestra agencia, sera utilizado un modelo de Alta en la oficina, no OASIS assessment será completado. Cuando el paciente es transferido o referido a otra facilidad, la información incluida puede ser la lista de medicamentos (reconciliada y verificada), y si el paciente tiene Directivas Anticipadas o no. Razones para la transferencia puede incluir que el paciente se mueve fuera del área de servicio de la Agencia, el paciente requiere cuidados no proveídos por la agencia, o nuestra agencia no es el proveedor preferido de la compañía de seguro. Un sumario del estado del paciente será completado, una copia mantenida en el expediente del paciente y otra será enviada a la facilidad que lo recibe y al Doctor del paciente. El sumario puede incluir, pero no limitado a: fecha de la transferencia, identificaciones del paciente, contactos de emergencia, lugar donde será transferido, fecha y nombre de la persona que completa el reporte, nombre y teléfono del doctor del paciente, diagnóstico relativos a la transferencia, historia de salud significativa, order para el transfer e instrucciones si es aplicable, una descripción breve de la condición, necesidades del paciente y servicio proveído. Nuestra Agencia cumplirá con las Condiciones Federales de coleccionar OASIS información si es aplicable.

**TRANSFERENCIA A NUESTRA AGENCIA:** Cuando un paciente es transferido a nuestra agencia, somos responsables de coleccionar todas las autorizaciones necesarias, incluyendo: Obtener consentimiento verbal para la transferencia a nuestra agencia (debe ser firmado después), Chequear online el episodio y servicios recibidos por otro proveedor, Obtener autorización verbal del doctor del paciente, Informar al paciente y familiares de nuestros servicios, completar la admisión completa del paciente.

## ALTA DE PACIENTES

La dada de alta a los pacientes incluye, pero no limitado a:

Razón para la alta de la agencia, que puede incluir muerte del paciente, el paciente mejora significativamente y el servicio no es más necesario, el doctor discontinua el servicio, comportamiento inadecuado del paciente, o condición del paciente empeora (la Agencia no puede seguir satisfaciendo las necesidades del paciente), el cuidado y los servicios son cancelados. Cuando los servicios son terminados, el paciente debe ser notificado de la fecha de terminación, la razón para terminarlo, y debe documentarse en el expediente del paciente, por lo menos 48 horas o el día anterior al ultimo servicio programado, si el cuidado no es proveído diariamente, a no ser que halla un peligro inminente para el paciente (como un cuidado de emergencia inesperado, que requiera transferencia a una facilidad de ingreso, o un empeoramiento considerable de la situación del paciente), y la alta debe ser procesada inmediatamente. Un plan para referido debe completarse para continuar el cuidado del paciente.

Planificar la alta del paciente de nuestros servicios de cuidado a domicilio, es parte integral del Plan de Tratamiento del paciente. Un empleado profesional, en coordinación con el doctor del paciente monitoriarán el progreso de nuestros pacientes para verificar el cumplimiento de las metas de cuidado. Cuando los servicios van a terminar, el paciente será notificado de la fecha de terminación, y una carta de instrucciones será proveída.

Una carta de sumario de la alta del paciente se mantendrá en el expediente, y una copia será enviada al doctor primario. El sumario de alta puede incluir: Fecha de alta, Identificaciones del paciente, Diagnósticos, Razón del alta, Una descripción breve del servicio proveído, Estado de salud y medico del paciente al momento del discharge, Cualquier instrucción dada al paciente o familia

El expediente clínico debe mantener documentación de que el doctor del paciente fue notificado del alta en cumplimiento de la coordinación de cuidados del paciente, (el sumario debe ser faxiado/correo electrónico al doctor primario), copia de las instrucciones dadas al paciente, en pacientes de Medicare debe incluirse tambien la Notificación de No Cobertura y si es aplicable la Noticia al Beneficiario Avanzada. Si es aplicable, el OASIS de Alta debe completarse por un empleado calificado, el sumario que allí se encuentra puede faxearse al doctor en lugar de otra forma de sumario, no se necesita firma del doctor.

La declaración escrita de Derechos y Responsabilidades del Paciente incluye, pero no se limita solo a (vea la declaración):

- Que su propiedad y su persona sean tratadas con respeto, consideración y reconocimiento de la dignidad e individualidad del paciente.
- El paciente y el representante tienen derecho a que se les informe por escrito sobre los derechos del paciente en su idioma y de una manera que el individuo entienda. Recibirá un aviso de los derechos y responsabilidades del paciente, sin cargo, traducido o con el uso de un intérprete competente si es necesario, a más tardar en la segunda visita de un profesional.
- Estar libre de abuso verbal, mental, sexual y físico, incluidas las lesiones de origen desconocido, el abandono y la apropiación indebida de la propiedad; incluyendo lesiones.
- Presentar quejas a la HHA con respecto al tratamiento o la atención que se proporciona (o no se proporciona), y la falta de respeto por la propiedad y / o la persona por parte de cualquier persona que proporcione servicios en nombre de la HHA. *(Proporcionaremos los números de teléfono de la Línea directa del estado para las quejas, y si corresponde, proporcionaremos el número de teléfono del organismo de Acreditación para las quejas)*
- Participar, estar informado y consentir o rechazar la atención antes y durante el tratamiento, según corresponda, con respecto a: Finalización de todas las evaluaciones; El cuidado a ser provisto, basado en la evaluación integral; Establecer y revisar el plan de cuidado; Las disciplinas que proporcionarán la atención; La frecuencia de visitas; Resultados esperados de la atención, incluidos los objetivos identificados por el paciente y los riesgos y beneficios anticipados; Cualquier factor que pueda afectar la efectividad del tratamiento; y Cualquier cambio en la atención que se proporcionará
- Recibir todos los servicios descritos en el plan de atención, usted o su representante recibirán educación clínica.
- Tener un registro clínico confidencial. Acceso o liberación de información del paciente y registros clínicos, en el tiempo establecido.

**SER EDUCADO ACERCA DE SUS DERECHOS, SER ASESORADO ACERCA DE:**

- El grado en que se puede esperar el pago de los servicios HHA de Medicare, Medicaid o cualquier otro programa de ayuda federal o federalmente financiado, u otro programa o seguro, los cargos por servicios que pueden no estar cubiertos por Medicare, Medicaid o cualquier otro programa de ayuda federal o federalmente conocido por la HHA; Los cargos que la persona deba pagar antes de que se inicie la atención; y Cualquier cambio en la información provista cuando ocurra. Aconseje al paciente y al representante (si corresponde) de estos cambios lo antes posible, antes de la próxima visita a domicilio. Cumpliremos con los requisitos de aviso del paciente en tiempo.
- Recibir un aviso por escrito apropiado, antes de que se proporcione un servicio específico, si creemos que el servicio puede ser cuidado no cubierto; o antes de que la HHA reduzca o termine la atención continua.
- Infórmese sobre la línea telefónica gratuita estatal de atención médica en el hogar, su información de contacto, su horario de atención y su propósito es recibir quejas o preguntas sobre las agencias locales.
- Ser informado de los nombres, direcciones y números de teléfono de las siguientes entidades financiadas con fondos federales y estatales que prestan servicios en el área donde reside el paciente: Agency on Aging, Center for Independent Living, Protection and Advocacy Agency, Centro de Aging and Disability Recursos, Organización para la mejora de la calidad del servicio
- Estar libre de cualquier discriminación o represalia por ejercer sus derechos o expresar agravios a la HHA o una entidad externa.
- Le informaremos sobre el derecho a acceder a servicios auxiliares y de idiomas, y cómo acceder a estos servicios sin cargo
- Poder identificar a los miembros del personal visitante a través de una identificación con foto generada por la agencia
- Poder elegir un proveedor de atención médica, incluido un médico primario
- Recibir atención adecuada sin discriminación de acuerdo con las órdenes del médico
- Ser informado de cualquier beneficio financiero cuando se lo remita a una agencia
- Cuando existen regulaciones estatales o federales extras con respecto a los derechos del paciente, incluiremos esos componentes. El paciente tiene derecho a estar informado y ejercer sus derechos como paciente de la Agencia.

Si se ha determinado que el paciente carece de capacidad legal para tomar decisiones de atención médica según lo establecido por la ley o por un tribunal, los derechos del paciente pueden ser ejercidos por la persona designada para actuar en nombre del paciente. Si un tribunal no ha adjudicado a un paciente la falta de capacidad legal para tomar decisiones de atención médica según lo define la ley, el representante del paciente puede ejercer los derechos del paciente. Si a un paciente se le ha considerado carente de capacidad legal para tomar decisiones de atención médica conforme a la ley estatal por un tribunal con jurisdicción adecuada, el paciente puede ejercer sus derechos en la medida permitida por una orden.

- Protegeremos y promoveremos el ejercicio de estos derechos, incluidos en esta declaración de las responsabilidades del paciente.
- Recibir información sobre la atención / servicios cubiertos bajo el beneficio de Medicare Home Health.
- Recibir información sobre el alcance de los servicios que proporcionará la HHA y las limitaciones específicas de esos servicios.
- Rechazar la atención o el tratamiento después de que se presenten por completo las consecuencias del rechazo.
- La familia o el tutor del paciente pueden ejercer los derechos del paciente cuando el paciente ha sido juzgado incompetente.
- Puede identificar a los miembros del personal visitante a través de una identificación adecuada.
- No sufrir malos tratos, negligencia o abuso verbal, mental, sexual y físico, incluidas las lesiones de origen desconocido y la apropiación indebida de la propiedad del paciente.
- Confidencialidad y privacidad de toda la información contenida en el registro del paciente y de la Información de salud protegida.
- Ser informado sobre las políticas y procedimientos de la agencia con respecto a la divulgación de registros clínicos.
- Elija un proveedor de atención médica, incluido elegir un médico primario
- Ser informado de los derechos del paciente con respecto a la recopilación y el informe de OASIS
- Se le informará que la información de OASIS no se divulgará excepto para fines legítimos permitidos por la Ley de Privacidad
- Estar informado de los resultados anticipados de la atención / servicios y de cualquier barrera en el logro de resultados

- Recibir información sobre el alcance de los servicios que proporcionará la HHA Y LIMITACIONES ESPECÍFICAS DE ESOS SERVICIOS
- Para un menor o un paciente que necesita asistencia para comprender estos derechos y responsabilidades, tanto el paciente como el padre, tutor legal u otra persona responsable están completamente informados de estos derechos y responsabilidades
- Ser capaz de identificar a los miembros del personal visitante a través de una identificación adecuada
- La Agencia protege y promueve el ejercicio de los derechos del paciente; que se enumeran en él
- Recibir atención sin importar edad, preferencia sexual, color, credo, creencias éticas o políticas, discapacidad mental o física, origen nacional, fuente del pagador, raza, religión o sexo por personal profesional debidamente capacitado. El personal involucrado en su cuidado será calificado, por educación, experiencia para proporcionar los servicios descritos en el plan de cuidado.
- Ser protegido de la explotación por parte del personal de la Agencia que tiene prohibido aceptar obsequios personales y préstamos de pacientes / sus familias / cuidadores.
- Recibir información sobre la atención y el tratamiento por escrito, entendible por parte de la Agencia y de otras personas ajenas a la organización. Estar completamente informado de la atención o el tratamiento que la Agencia (The Home Health Agency) proporcionará y los cambios que la Agencia de Salud en el Hogar (Home Health Agency) proporcionará y de otros que no le pertenezcan.
- Espere instrucciones de cuidado de la agencia para comprender mejor sus necesidades de atención médica y su plan de tratamiento.
- Esperar la confidencialidad de toda la información relacionada con su cuidado, dentro de las leyes y regulaciones aplicables.
- Ser informado de sus derechos bajo la ley estatal para formular directivas anticipadas.
- Haga revisiones periódicas y actualizaciones al plan de cuidado.
- Rechazar el tratamiento prescrito después de que se le brinden a usted y a su médico la notificación de las posibles consecuencias derivadas del rechazo.
- Terminar los servicios provistos por la agencia después de una explicación de las posibles consecuencias derivadas de la terminación voluntaria con la notificación a su médico de la terminación.
- Tener relaciones con el personal de atención domiciliaria basadas en la honestidad y los estándares éticos de conducta.
- Participe en las decisiones sobre su cuidado, tratamiento y / o servicios. Participar activamente en el proceso de planificación de la atención. Recibir aviso de cualquier cambio en el plan de atención antes de realizar el cambio.
- Saber cómo contactar al personal de la agencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Haga que su familia, según corresponda y según lo permita la ley, con su permiso o el permiso de su representante sustituto de decisiones, participe en sus decisiones de atención, tratamiento y / o servicio. Infórmese y, cuando corresponda, informe a su familia con su permiso sobre los resultados de la atención, el tratamiento y / o los servicios, de acuerdo con el conjunto de conocimientos actuales, junto con cualquier barrera para el logro de resultados.
- Ejercer sus derechos, o su representante legalmente responsable puede ejercer sus derechos si ha sido juzgado no competente
- Participe en la resolución de dilemas sobre su cuidado, tratamiento y/o servicios. Exprese sus quejas, sin discriminación ni represalias con respecto al tratamiento o la atención, comunicándose con un Gerente Clínico o el Director de Enfermería o el Director Ejecutivo. Infórmese sobre el procedimiento a seguir para expresar sus preocupaciones o quejas.
- Ser informado por el Director de Enfermería, su designado o el miembro del personal responsable de su cuidado, tratamiento y / o servicios de los resultados imprevistos de su cuidado, tratamiento y / o servicios, en base al conocimiento actual.
- Espere facturas detalladas, cuando sea responsable del pago, identificando los servicios y los cargos aplicables. Espere la referencia a servicios comunitarios alternativos para satisfacer las necesidades de servicios adicionales o necesidades financieras.
- Acceda a sus registros clínicos, sin cargo, durante el horario de atención, con la aprobación de la agencia y del médico, según las restricciones de la Regla de Privacidad HIPAA.
- Ser informado por el personal informado sobre su condición médica, en la medida conocida y se le dará la oportunidad de participar en el diseño de un plan de atención que aborde sus necesidades y preferencias, y actualizarlo a medida que cambie su decisión.
- Haga que su dolor sean evaluados de manera apropiada e integral. Recibir información sobre el dolor y las medidas de alivio. Recibir atención de un equipo de profesionales de la salud comprometidos con la prevención y el tratamiento del dolor y que responden rápida y adecuadamente a los informes de dolor. Infórmese, y haga que su familia esté informada cuando corresponda, de su papel en el manejo del dolor, junto con las posibles limitaciones y efectos secundarios de los tratamientos del dolor, según el conocimiento actual.
- Ser avisado antes de los nombres y la disciplina de los miembros del personal principalmente responsables de su cuidado, tratamiento y / o servicios, y la frecuencia propuesta de visitas.
- Infórmese sobre la naturaleza y el propósito de cualquier procedimiento que se llevará a cabo, así como quién lo realizará.
- Ser informado de cualquier beneficio financiero cuando se lo refiera a otra organización.
- Rechazar la atención, el tratamiento y / o los servicios dentro de los límites de la ley después de estar completamente informado, y que se le informe de las consecuencias de su acción. Cuando usted no es legalmente responsable, el responsable sustituto de la toma de decisiones, tal como lo permite la ley aplicable, tiene derecho a rechazar la atención, el tratamiento y / o los servicios en su nombre.
- Acceda, solicite enmiendas y reciba un informe de las divulgaciones relacionadas con su información de salud personal, según lo permitan las leyes aplicables.
- Ser informado dentro de un tiempo razonable de terminación anticipada del servicio o transferencia a otra organización.
- Estar completamente informado de los servicios/tratamientos provistos, cuando el pago será realizado por Medicaid o cualquier otro programa estatal o federal y los cargos que puede ser responsable dentro de los 15 días a partir de la fecha en que la Agencia lo supo.
- Estar completamente informado de qué hacer en caso de emergencia.
- Estar plenamente informado por escrito de la disponibilidad del número de la Línea Directa del Estado para reportar abuso, negligencia o explotación de un adulto discapacitado o persona mayor.

## COMO HONRARA NUESTRO PERSONAL LOS DERECHOS DEL PACIENTE:

- Asegurar que los clientes ejerzan sus derechos como pacientes de la Agencia
- Tener su persona y propiedad tratada con respeto
- Asegurar, usando una identificación, que pueda identificar a los miembros del personal visitante a través de una identificación con foto generada por la agencia
- Asegurar a los clientes que elijan un proveedor de atención médica, incluido un médico primario
- Proveer atención adecuada sin discriminación de acuerdo con las órdenes del médico
- Informarlos de cualquier beneficio financiero cuando se lo refiera a nuestra Agencia
- Asegurar que los clientes estén completamente informado de sus responsabilidades

## RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:

Educación de los pacientes acerca de sus responsabilidades, usted tiene la responsabilidad de:

- Estar bajo el cuidado de un médico (con licencia en el estado de práctica) mientras recibe los Servicios de la Agencia de Salud en el Hogar.
- Proporcionar a la Agencia de Salud en el Hogar un historial de salud completo y preciso para planificar y llevar a cabo la atención.
- Informar al personal de la Agencia sobre cualquier cambio en su estado de salud, condición o tratamiento.
- Proporcionar a la Agencia de Salud en el Hogar toda la información y registros financieros y de seguros solicitados.
- Firme o haga que su representante legal firme los consentimientos y las liberaciones necesarios para la facturación del seguro.
- Permitir que la Agencia de Salud en el Hogar actúe en su nombre al presentar apelaciones del pago denegado del servicio por parte de terceros pagadores y cooperar en la mayor medida posible en dichas apelaciones.
- Notifique a la Agencia de Salud en el Hogar de cualquier cambio en el tratamiento realizado por el médico.
- Participe en su plan de atención, incluido, si corresponde, un plan de control del dolor.
- Pregúntele a su enfermera / terapeuta qué esperar con respecto al manejo del dolor y el dolor. Discuta las opciones de alivio del dolor con su enfermera / terapeuta. Proporcione a su enfermera / terapeuta la información más completa posible sobre su dolor y cualquier inquietud que tenga sobre los medicamentos para el dolor y / o la administración.
- Esté disponible para el personal de la Agencia para visitas domiciliarias en horarios razonables.
- Notifique a la Agencia de Salud en el Hogar si no estará disponible para una visita.
- Trate al personal de la Agencia de Salud en el Hogar con respeto y dignidad sin discriminación por color, religión, sexo u origen nacional o étnico.
- Acepte las consecuencias de cualquier rechazo de tratamiento o elección de incumplimiento.
- Bríndele al personal de la Agencia de Salud en el Hogar un ambiente seguro en el hogar en el que pueda brindarle atención.
- Coopere con su médico, el personal de la Agencia de Salud en el Hogar y otros cuidadores.
- Informar a la Agencia si no puede entender o seguir las instrucciones escritas de la Agencia.
- Haga que un familiar o sustituto esté disponible para que asuma el rol de cuidador principal cuando el personal de la Agencia no esté en su hogar.
- Notifique a la Agencia de Salud en el Hogar de la existencia de Directivas Anticipadas.
- Asesorar a la Agencia de Salud en el Hogar sobre cualquier problema o insatisfacción que pueda tener con la atención o los servicios que recibe y brindarle a la agencia la oportunidad de resolver estos problemas.

## CRITERIO DE CONFINAMIENTO AL HOGAR:

"Confinado al hogar" (confinado a su hogar) si se cumplen los dos criterios siguientes:

Primer criterio: se debe cumplir uno de los siguientes:

1. Debido a una enfermedad o lesión, el individuo necesita la ayuda de dispositivos de apoyo como muletas, bastones, sillas de ruedas y andadores; el uso de transporte especial; o la asistencia de otra persona para abandonar su lugar de residencia.
2. Tiene una condición tal que dejar su hogar está médicamente contraindicado.

Segundo criterio: se debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Debe existir una incapacidad normal para salir de casa.
2. Salir de casa debe requerir un esfuerzo considerable y exigente.

El paciente puede considerarse confinado a su hogar (es decir, confinado al hogar) si las ausencias del hogar son:

Infrecuente; Por períodos de relativamente corta duración; Por la necesidad de recibir tratamiento de atención médica; Para servicios religiosos; Asistir a programas de guardería para adultos; o Para otros eventos únicos o infrecuentes (por ejemplo, funeral, graduación, viaje al barbero). **Los criterios de elegibilidad pueden variar para diferentes programas de atención / servicio.** Los criterios de elegibilidad se revisan periódicamente para determinar su idoneidad y continua accesibilidad a los programas de la Agencia. Las poblaciones objetivo pueden definirse generalmente como cualquier persona que necesite la atención /servicio o en algunos casos puede ser definido por fuentes especiales de financiamiento. Otra población puede definirse por edades (por ejemplo, ancianos, bebés, niños, etc.), necesidades especiales de atención / servicio (por ejemplo, atención médica, hogar, cuidado personal, etc.) o enfermedades / discapacidades específicas (p. Ej., Alzheimer's, autismo, esquizofrenia, artritis, etc.)

## COMUNICACION PLAN DE LA FAMILIA (Plan de Emergencia o Desastre)

Es posible que su familia no esté junta cuando ocurra un desastre, así que planee cómo se contactarán entre sí y revisen qué harán en diferentes situaciones. (haga una copia de esta información para cada miembro de la familia) (INSTRUCCIONES: COMPLETE ESTA HOJA DE DATOS O PIDA A UN MIEMBRO DE LA FAMILIA PARA AYUDARLE A COMPLETAR ESTA INFORMACIÓN)

Nombre de Contacto fuera de su area: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Tel. Numero 1: \_\_\_\_\_

Tel. Numero 2: \_\_\_\_\_

**Complete la siguiente información para cada miembro de la familia y manténgala actualizada.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Información Medica Importante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Información Medica Importante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Información Medica Importante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Información Medica Importante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Información Medica Importante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Donde ir en emergencias:

Escriba dónde pasa su familia más tiempo:

Trabajo: \_\_\_\_\_

Escuela u otro lugar frecuente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Daycare \_\_\_\_\_

Los lugares de trabajo y los edificios de departamentos deberían tener planes de emergencia específicos para cada sitio \_\_\_\_\_

Doctores: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pharmacia: \_\_\_\_\_

Seguro Médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Seguro de la vivienda: \_\_\_\_\_

Veterinario: \_\_\_\_\_

REGISTER WITH THE MIAMI DADE OFFICE OF EMERGENCY MANAGEMENT IN MIAMI DADE COUNTY, AT (305) 468-5400, THESE STEPS WILL OCCUR IN TIME OF EMERGENCY: \* YOU WILL RECEIVE A PHONE CALL VERIFYING THAT YOU STILL NEED ASSISTANCE. \* PACK A BAG, THE BAG SHOULD BE TOTE SIZE. YOU SHOULD BRING: MEDICATIONS (3-4 DAY SUPPLY), SPECIAL FOODS IF NEEDED, IDENTIFICATION AND VALUABLE PAPERS, BATTERY OPERATED RADIO, FLASHLIGHT, EXTRA BATTERIES, ONE CHANGE OF CLOTHES, BOOKS / CARDS / GAMES, ETC. \* BRING SOMETHING TO SLEEP ON. WE SUGGEST A COLLAPSIBLE LAWN CHAIR AND BLANKET. A SLEEPING BAG WILL DO. (IT IS IMPORTANT THAT YOU ONLY BRING A BAG AND YOUR SLEEPING ITEMS THAT CAN EASILY BE CARRIED). \* EAT A MEAL AT HOME BEFORE BEING PICKED-UP. \* WAIT AT HOME, DO NOT LEAVE! PERSONNEL WILL BE THERE TO PICK YOU UP. \* IF NO-ONE HAS ARRIVED TO TRANSPORT YOU TO SHELTER 5 HOURS AFTER YOU WERE NOTIFIED, CALL BACK AND GIVE NAME AND HE/SHE WILL CHECK ON YOUR TRANSPORTATION. REMEMBER: HURRY! PROVIDE ADVANCED LIFE SUPPORT. MAKE ARRANGEMENTS NOW! IF YOU HAVE QUESTIONS

## INSTRUCCIONES EN

Here we add the Instructions for the more common disaster in your Community.  
Locate below is the Community Resources guide of your area

## CASO DE EMERGENCIA D

REGISTRESE CON LA 468-5400 (EN EL CONDADO PASOS SERAN DADOS EN

TELEFONICA PARA VERIFICAR SI NECESITA AYUDA. EN UNA BOLSA DE MANO O MALETIN EMPAQUE LOS SIGUIENTES ARTICULOS: MEDICAMENTOS QUE USA (LO SUFICIENTE PARA 3 o 4 DIAS), ALIMENTOS ESPECIALES SI UD NECESITA DE ELLOS EN SU DIETA, DOCUMENTOS DE IDENTIFICACION, DE VALOR E IMPORTANCIA, RADIO QUE TRABAJE CON BATERIAS, LINTERNA, BATERIAS DE REPUESTO, UNA MUDA DE ROPA LIMPIA, LIBROS, JUEGOS, CARTAS O NAIPES, ETC. \* LLEVAR ALGO EN QUE PUEDA DORMIR, POR EJEMPLO UNA SILLA DE EXTENSION Y UNA PEQUENA MANTA O FRAZADA O UNA BOLSA DE DORMIR COMO LAS USADAS EN CAMPAMENTOS \* HAGA UNA COMIDA NORMAL ANTES DE SER RECOGIDO. \* ESPERE EN SU CASA HASTA SER RECOGIDO POR LA PERSONA INDICADA. "NO SALGA DE SU CASA".

\* SI NADIE LLEGA PARA TRANSPORTARLO AL ALBERGUE 5 HORAS DESPUES DE RECIBIR LA LLAMADA TELEFONICA, LLAME DE NUEVO Y DIGALE AL OPERADOR/A SU NOMBRE PARA QUE PUEDAN CHEQUEAR Y DARLE INFORMACION REFERENTE A SU TRANSPORTACION **IMPORTANTE:** NINGUN ALBERGUE PUEDE PROVEER CUIDADOS ESPECIALES A PERSONAS NECESITADAS DE

OFICINA DE EMERGENCIA AL (305) DE MIAMI DADE). LOS SIGUIENTES

CASO DE EMERGENCIA: \* USTED RECIBIRA UNA LLAMADA

## RESOURCE GUIDES / GUIA DE RECURSOS (OF YOUR AREA OF SERVICES)

### EMERGENCY/EMERGENCIAS

#### HURRICANE/HURACANES

NON-EMERGENCY HELP/ AYUDA BOMBEROS

WATER EMERGENCY (24 hrs)/AGUA EMERGENCIA

WATER SERVICES/AGUA SERVICIO CLIENTE

COUNTY HEALTHCARE/SALUD CONDADO

AMERICAN CANCER SOCIETY/SOCIEDAD CANCER

CATHOLIC COMMUNITY SERVICES

CHANNELING

#### EMERGENCY ASSISTANCE / EMERGENCIA

LEAGUE AGAINST CANCER/LIGA VS CANCER

SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION

SWITCHBOARD OF

UNITED WAY

MEDICARE CONSULT

MIAMI-DADE COUNT

LITTLE HAVANA AC

CRIME AGAINST TH

ELDERLY ABUSE / A

AHCA Hot Line / Que

Accreditation Commis

CATHOLIC SERVICES

LEGAL AIDE SOCIETY

LEGAL SERVICES OR GREATER MIAMI

METROBUS

Florida Medivan Ambulance/Ambulancia

MERCY HOSPITAL TRANSPORTATION

AMERICAN MEDICAL RESPONSE

ATS RESERVATIONS

AIDS HOTLINE

Miami Dade Health Department HIV or AIDS surveillance unit

MIAMI DADE HOUSING

ELDER CARE

UNITED HOME CARE

NON-EMERGENCY ASSISTANCE

MIAMI DADE HEALTH DEPARTMENT

TO REPORT FRAUD FLORIDA STATE ATTORNEY

(Reportar Fraude, Fiscal General Florida)

### 911

305-468-5900, 311

786-331-5000

305-274-9272

305-665-7477

305-375-5444

305-594-4363

305-754-2444

305-758-0021

305-468-5400

305-858-8050

1-800-772-1213

305-358-HELP

Call 411

1-800-633-4227

305-751-5203

305-858-2610

Call 411

1-800-962-2873

1-888-419-3456

919-785-1214

305-822-2380

305-579-5733

305-576-0080

305-770-3131

305-636-5500

305-285-2955

305-718-6400

305-264-9000

1-800-FLA-AIDS

305-470-6999

786-469-4100

305-477-0440

305-477-0440

311

305-324-2400

1-866-966-7226

You can provide to us The Resources Guide in your area of services



## AHCA HOME HEALTH HOTLINE

**Monday - Friday (Lunes-Viernes) 8:00 am - 5:00 pm**

**To Report a Complaint regarding the services you receive, Report suspected Medicaid fraud, Information for local Agencies, or implementation of the Advanced Directives, call toll free number:**

*Para reportar una Queja del Servicio que recibe, reportar sospecha de fraude al Medicaid, información sobre Agencias locales, o en la implementación de las Directivas Anticipadas, llame gratis a:*

**1 (888) 419-3456** (Toll free/gratis)

**TO REPORT ABUSE, NEGLECT OR EXPLOITATION, PLEASE CALL THIS TOLL FREE**

*(para reportar ABUSOS, explotación, negligencia, por favor llame gratis a)*

**ABUSE REGISTRY (Abusos)**

**Toll free number (llame gratis)**

**1 (800) 96ABUSE \*\* 1 (800) 962-2873**

**(24 hrs/day, 7 days/week -- 24 hrs/día, 7 días/semana)**

Report online at <https://reportabuse.dcf.state.fl.us/>

Florida Relay or TTY800-453-5145 Fax your report to 800-914-0004

**Emergency/Emergencia: 911**

**Florida Agency for Health Care Administration (AHCA)  
COMPLAINT ADMINISTRATION UNIT**

**2727 Mahan Dr. MS #49**

**Tallahassee, FL 32308**

**Ph: 1-888-419-3456**

Medicaid Fraud means an intentional deception or misrepresentation made by a person with the knowledge that the deception could result in some unauthorized benefit to him or herself or some other person. It includes any act that constitutes fraud under applicable federal or state law as it relates to Medicaid. The office of the Inspector General at the Agency for Health Care Administration accepts complaints regarding suspected fraud and abuse in the Florida Medicaid system by phone at 1-888-419-3456 (AHCA) or on the Agency web site

[http://ahca.myflorida.com/Executive/Inspector\\_General/medicaid.shtml](http://ahca.myflorida.com/Executive/Inspector_General/medicaid.shtml)

**Florida Attorney General: 1-866-966-7226**

Also you can call our Agency and we will investigate any fraud issue.

Fraude al Medicaid significa un acto intencional o falsa representación hecha por una persona, con el conocimiento de que ese acto resultará en beneficios no autorizados por el/ella u otra persona. Esto incluye cualquier acto que sea fraude bajo las leyes federales, estatales que estén relacionadas con Medicaid. La oficina del Inspector General de la Agencia de Administración del Cuidado de la Salud acepta quejas sobre sospechas de fraude y abuso al sistema de Medicaid de la Florida, por teléfono al 1-888-419-3456 (AHCA) o al sitio de la red [http://ahca.myflorida.com/Executive/Inspector\\_General/medicaid.shtml](http://ahca.myflorida.com/Executive/Inspector_General/medicaid.shtml)

**Fiscal General de la Florida: 1-866-966-7226**

También puede llamar a nuestra Agencia e investigaremos cualquier sospecha de fraude.

### Agency on Aging

760 NW 107 Ave. Miami, FL 33172 ♦ (305) 670-4357

### Center for Independent Living

4770 Biscayne Blvd. Miami, FL 33137 ♦ (305) 751-8025

### Protection and Advocacy Agency

#### Disability Rights Florida

2473 Care Dr, Suite 200. Tallahassee, FL 32308  
(850) 488-9071 | Toll-free: (800) 342-0823

### Aging and Disability Resource Center

760 NW 107 Ave. Miami, FL 33172 ♦ (305) 670-4357

### Quality Improvement Organization

Kepro

5201 West Kennedy Boulevard, Suite 900  
Tampa, FL 33609

1-844-455-8708 TDD/TTY 1-855-843-4776

## Universal Precautions

*Includes blood, body substances containing visible blood, non-intact skin, and mucous membranes*



1. Hands should be washed BEFORE and AFTER patient care.



2. Gloves should be worn when likely to touch blood, and other potentially infectious materials, non-intact skin, and/or mucous membranes. They should also be worn when performing vascular access procedures and when handling contaminated items or surfaces.



3. A gown should be worn when clothing is likely to become soiled.



4. A mask and/or protective eyewear should be worn when splashing is likely.



5. Always place used needles, syringes, and/or sharps into a designated disposal container. DO NOT BREAK, BEND OR RECAP NEEDLES.

**For Question to Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) at [www.cms.gov](http://www.cms.gov) by calling the Beneficiary Customer services at 1-800-Medicare (1-800-633-4227) TTY: (877) 486-2048**

**Para preguntas a CMS (Centros de Medicare y Medicaid) [www.cms.gov](http://www.cms.gov)**

**Llame a la línea de Servicio a los Beneficiarios**

**1-800-Medicare (1-800-633-4227) TTY: (877) 486-2048**



**CHAP Hotline (for question or complaints about the Agency)  
1-800-656-9656**

**Monday-Friday 8:00 am to 6:00 pm**

**Available 24 hours /day, after regular business hours, leave message about complaints and/or questions about the Agency**

**Línea de CHAP (para Preguntas o Quejas sobre la Agencia)  
1-800-656-9656**

**Lunes-Viernes de 8:00 am a 6:00 pm**

**Disponible 24 horas/día, después de horas de trabajo, deje mensaje para quejas y/o preguntas acerca de la Agencia.**

**Email: [complaints@chapinc.org](mailto:complaints@chapinc.org)**