

# EMERGENCY/DISASTER PLAN FOR HOME HEALTHCARE PATIENTS

## PLAN DE EMERGENCIA/DESASTRE PARA PLACIENTES 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:

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 . **Primary language:** \_\_\_\_\_  
(problemas con el inglés) (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 ( <i>estetoscopio</i> ), Thermometer ( <i>termómetro</i> ), Probe Cover, Sphygmomanometer ( <i>esfimo</i> ), Gloves ( <i>guantes</i> ), Alcohol Pads ( <i>almohadillas de alcohol</i> ), and scale ( <i>pesa</i> ).	<input type="checkbox"/> Vision Impairments ( <i>problemas de visión</i> ) <input type="checkbox"/> Service animal
<input type="checkbox"/> Walker ( <i>andador</i> ) <input type="checkbox"/> Oxygen supplies ( <i>oxígeno</i> )	<input type="checkbox"/> Fall precautions ( <i>caídas</i> ) <input type="checkbox"/> Memory Impairment
<input type="checkbox"/> Cane ( <i>bastón</i> ) <input type="checkbox"/> Hoyer lift ( <i>grúa</i> )	<input type="checkbox"/> Diabetic precautions <input type="checkbox"/> Obesity ( <i>obesidad</i> )
<input type="checkbox"/> W/C ( <i>silla de rueda</i> ) <input type="checkbox"/> IV supplies ( <i>sueros</i> )	<input type="checkbox"/> Bedbound <input type="checkbox"/> W/C bound <input type="checkbox"/> Severe pain ( <i>dolor severo</i> )
<input type="checkbox"/> Commode ( <i>cómoda</i> ) <input type="checkbox"/> Injection Supplies ( <i>inyecciones</i> )	<input type="checkbox"/> Anticoagulant/Bleeding prec. ( <i>sangramiento</i> ) <input type="checkbox"/> Speech ( <i>habla</i> )
<input type="checkbox"/> Hospital Bed ( <i>cama de hospital</i> ) <input type="checkbox"/> Foley Supplies ( <i>cateter</i> )	<input type="checkbox"/> Wound/Pressure ulcer prec. ( <i>heridas úlceras</i> ) <input type="checkbox"/> Hearing ( <i>oído</i> )
<input type="checkbox"/> Diabetic Supplies ( <i>suministros DM</i> ) <input type="checkbox"/> Ostomy Supplies ( <i>ostomía</i> )	<input type="checkbox"/> Infection control precautions <input type="checkbox"/> Ambulation
<input type="checkbox"/> Wound care Supplies ( <i>heridas</i> ) <input type="checkbox"/> INR supplies	<input type="checkbox"/> Amputation <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Endurance ( <i>resistencia</i> )
<input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Oxygen therapy, precautions <input type="checkbox"/> Dyspnea ( <i>falta de aire</i> )
<b>Mental Status/Depresion Hx</b> _____ <input type="checkbox"/> Anxiety ( <i>ansiedad</i> )	<input type="checkbox"/> Seizures precautions ( <i>convulsiones</i> ) <input type="checkbox"/> Speech ( <i>habla</i> )
<input type="checkbox"/> Oriented ( <i>orientado</i> ) <input type="checkbox"/> Disoriented ( <i>desorientado</i> ) <input type="checkbox"/> Alert ( <i>alerta</i> )	<input type="checkbox"/> Aspiration precautions ( <i>aspiración</i> )
<input type="checkbox"/> Dementia ( <i>demenia</i> ) <input type="checkbox"/> Forgetful ( <i>olvidadizo</i> ) <input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Other ( <i>otros</i> ): _____

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

Pharmacy/Farmacia	Doctor
<b>Name:</b> _____	<b>Name:</b> _____
<b>Phone:</b> _____	<b>Phone:</b> _____

### 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 quedaré 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 transportacion 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**

## 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 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 proveido: terapia IV, cuidado de ulceras, 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 (Categoría 4)**

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

# EMERGENCY/DISASTER PLAN FOR HOME HEALTH CARE PATIENTS

(Keep this plan where it can be easily located)

PLAN DE EMERGENCIA/DESASTRE PARA PACIENTES EN SU CASA

(Mantenga este plan en un lugar accesible)

Date/Fecha: \_\_\_\_\_ Client: \_\_\_\_\_ MR: \_\_\_\_\_

Information obtained by:  Client/Patient (Cliente/Paciente)  Caregiver (Familiar/persona Encargada)

If caregiver, relationship to patient/Relación: \_\_\_\_\_

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

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

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

CLIENT'S EMERGENCY CLASSIFICATION (circle one): **D1** **D2** **D3** **D4** (see back for instructions)  
CLASIFICACION DE EMERGENCIA DEL CLIENTE

Patient's Data/Datos del Paciente:

Allergies:  NKA  Penicillin  Sulfa  Aspirin  Pollen  Iodine **Special needs:** \_\_\_\_\_

Alergias:  Other: \_\_\_\_\_ Necesidades especiales: \_\_\_\_\_

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

Comments \_\_\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_

Supplies/DME:  Walker  W/C  Cane  Commode  Hoyerlift  O<sub>2</sub> concentrator  Gloves  Alcohol Pads

Equipos médicos:  Hospital Bed  Sharp Container  4x4 Gauze  Other: \_\_\_\_\_

Pharmacy/Phone/Farmacia/teléfono: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ phone: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Name/Nombre: \_\_\_\_\_

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

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

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

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

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

Stay at home/Me quedaré en casa. Who will help with meds/Quién le ayudará con medicinas \_\_\_\_\_

Stay with family (voy con familiares) – Name/address/telephone: \_\_\_\_\_

Go to shelter (voy a Refugio) \_\_\_\_\_

Shelter address/Dirección \_\_\_\_\_

Go to a hospital, if medically necessary \_\_\_\_\_

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

Type of Transportation/Tipo de transporte: \_\_\_\_\_

PLEASE CONTACT OUR AGENCY FOR ALTERNATE SERVICE OPTIONS IN CASE OF DISASTER.

POR FAVOR CONTACTAR NUESTRA AGENCIA PARA OPCIONES EN SERVICIOS ALTERNOS O EN CASO DE DESASTRE.

Signature of Client/Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_

Signature of Nurse/Firma \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_

# Effective Home Health Care

## EMERGENCY/DISASTER PLAN FOR HOME HEALTH CARE PATIENTS

(KEEP THIS PLAN WHERE IT CAN BE EASILY LOCATED)

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

(MANTENGA ESTE PLAN EN UN LUGAR ACCESIBLE)

### CLIENT'S EMERGENCY CLASSIFICATION (CIRCLE ONE)

**D1 D2 D3 D4**

Date/Fecha: \_\_\_\_\_ Client/Cliente: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

Information obtained by: \_\_\_\_\_ Client/Cliente: \_\_\_\_\_ Caregiver/Familiar Encargado \_\_\_\_\_

If caregiver, relationship to patient/Relacion: \_\_\_\_\_

#### Patient's Data/ Datos del paciente:

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

Diet/Dieta: \_\_\_\_\_

Special Needs/Necesidades especiales: \_\_\_\_\_

#### Attach Medications sheet:

Supplies/DME/Equipos Medicos: \_\_\_\_\_

DME Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Address/Direccion: \_\_\_\_\_

Phone/Telefono: \_\_\_\_\_

Pharmacy/Farmacia: \_\_\_\_\_

Address/Direccion: \_\_\_\_\_

Phone/Telefono: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Phone/Telefono: \_\_\_\_\_

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

Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Address/Direccion: \_\_\_\_\_

Phone/Telefono: \_\_\_\_\_

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

#### En caso de un huracan u otro desastre natural:

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

Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Address/Direccion: \_\_\_\_\_

Phone/Telefono: \_\_\_\_\_

Demonstrates accurate procedures: \_\_\_\_\_ Comments: \_\_\_\_\_

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

Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Address/Direccion: \_\_\_\_\_

Phone/Telefono: \_\_\_\_\_

Demonstrates accurate procedures: \_\_\_\_\_ Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Go to a shelter/voy a refugio:** Shelter/Refugio: \_\_\_\_\_

Address/Direccion: \_\_\_\_\_

Phone/Telefono: \_\_\_\_\_

Demonstrates accurate procedures: \_\_\_\_\_ Comments: \_\_\_\_\_

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

Hospital name/nombre: \_\_\_\_\_

**EVACUATION: (NEED TRANSPORTATION)** \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO

Registered with County: YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

COMMENTS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_