

Commitment to our Patients

(Promesa a nuestros Pacientes)

Our Agency and Staff recognize the unique physical, emotional and spiritual needs of each person. We strive to extend the highest level of courtesy and services to clients, caregivers, families, visitors and each other. Our goal of service is to achieve quality patient care above all.

Nuestra Agencia y todos sus empleados reconocen lo individual de las necesidades físicas, emocionales y espirituales de cada persona. Nosotros les prometemos hacer nuestro máximo esfuerzo para brindarle a nuestros pacientes, familiares y custodios el más alto nivel de cortesía y servicio. Nuestra meta es lograr una Calidad de Cuidado al Paciente por encima de cualquier otra Agencia.



**HOME HEALTH
AGENCY**



PN System
2950 W 84 St. Bay 7
Hialeah, FL 33018
Ph: (305) 818-5940
Fax: (305) 819-4064



**Client
Information
Handbook
Manual de
Información
al Paciente**

Lic: _____

Dear Home Health Care Recipient,

Thank you for choosing our Agency as your home care provider. It is our privilege to be able to be of 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 our Agency.

Should you have any questions/concerns regarding your care, or if you would like additional information regarding the Agency, please call us at (305) 818-5940.

Our offices are open Monday through Friday from 9:00 am, to 5:00 p.m. However, we are available to you at all times including weekends and holidays through this number. Our answering service will take your message and contact the Agency on-call representative in a timely manner.

Once again, thanks for allowing us to be a part of your home care team.

Estimado cliente:

Gracias por escoger nuestra agencia como su proveedor para el cuidado de la salud en su casa. Es nuestro privilegio poderlo asistir durante su período de convalecencia.

Le adjuntamos para su información algunos datos sobre la seguridad y cuidado en su casa, control de infecciones e información general sobre nuestra agencia.

Si tiene algunas preguntas referente a nuestros servicios o si necesita alguna información adicional, favor de llamarnos al teléfono (305) 818-5940.

Nuestras oficinas estan abiertas de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Sin embargo, estamos a su disposición 24 horas al día incluyendo fines de semanas y días feriados a través del mismo teléfono. Nuestro servicio telefónico recibirá su mensaje y contactará a un representante de la agencia.

Una vez más, le agradecemos su confianza de permitimos ser parte de su equipo para el cuidado de su salud.

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 bedrooms, either on the 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.

DETECTORES DE HUMO

PREGUNTAS

Están los detectores de humo 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 las recamaras, en el techo o en la pared entre 6 a 12 pulgadas debajo del techo.
- Detectores deben de 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. Detectores de humo avisan en las etapas primarias del fuego. Si usted no puede comprar un detector de humo, algunos departamentos de bomberos y gobiernos locales pueden darle ayuda en adquirir e instalar detectores de humo.
- Compre un detector de humo o llame a su departamento de bomberos para cualquier información adicional.
- Reemplace baterías y bombillos segun las instrucciones del fabricante.
- Reemplace cualquier detector de humo que no pueda ser reparado.

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.

Do extension cords carry more than their proper load as indicated by the ratings labeled on the cord and on the appliance?

- * 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 or more appliances being used on the cord, change cord to a higher rated one or unplug some appliances.

DO NOT USE FRAYED CORDS!

BEDROOM AREAS

QUESTIONS

RECOMMENDATIONS

Are lamps/switches within reach of each bed?

- * Lamps/switches should be located close each bed to enable 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, lighters, or other potential fire sources (hot plates, teapots, etc.) located away from beds/bedding?

- * Burns are a leading cause of death smoking in bed is a major contributor to this problem.
- * Never smoke in bed.
- * Remove any possible source of heat/flames from areas around beds.

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.

La carga eléctrica de las extensiones es la apropiada de acuerdo a la indicación en la etiqueta de los cordones eléctricos de los enceres domésticos?

- * Si necesita usar una extensión eléctrica, asegúrese que tiene los amperes y vatios adecuados.
- * Si las especificaciones del cordón son excedidas, cambie el cordón a uno de mayor capacidad o desconecte algunos de los enceres domésticos.

NO UTILICE CORDONES ELECTRICOS DESGASTADOS.

RECAMARAS

PREGUNTAS

RECOMENDACIONES

Están las lámparas/switches fácilmente accesibles?

- * Las lámparas/switches deben de estar localizados cerca de las camas para permitir asistir cuando el cuarto esta oscuro.
- * Reorganice los muebles para que estén cerca de los switches.
- * Instale luces pequeñas para dejar encendidas durante la noche.

Están los cigarrillos, ceniceros, encendedores, y otros posibles causantes de incendios (platos calientes, etc.) localizados lejos de las recámaras?

- * No se debe fumar en la cama ya que esto es una de las causas comunes de muerte debido a incendios.
- * Nunca fume en la cama.
- * Remueva todos los artículos cerca de la cama que puedan causar un incendio.

HOURS OF OPERATION AND EMERGENCY SERVICES

All clients will be provided with the correct information regarding service hours of the Agency 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 Agency's twenty-four (24) hours, seven (7) days per week, availability of Home Care staff.
2. Staff will discuss with the client/caregiver, and leave in writing if warranted:
 - a) Telephone calls may be made to the Agency during the office hours of 9:00 a.m. to 5:00 p.m., Monday thru Friday to reach the office staff.
 - b) Emergency call may be handled after office hours and on weekends by dialing the office number.
 1. Notify the answering service of your name and phone number and a representative will contact you back.
 2. If caller chooses only to leave a message, he/she may do so and Agency staff will follow up on call the next business day.
 3. Only emergency services are available on weekends and holidays.
 4. All clients/caregivers are instructed verbally on admission to contact 911 in the event of a life threatening emergency.
 - c) On-call representatives will handle all problems, or will contact the Director of Nursing for clinical issues.
 - d) 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 action.
3. The on-call representative will keep a log of all calls and action taken.

HORARIO DE OPERACION Y SERVICIO DE EMERGENCIA

A todos nuestros clientes se les entregará la información correcta con respecto a nuestro horario de operación 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. Los procedimientos serán discutidos con el cliente y serán entregadas por escrito si fuera necesario:
 - a. Llamadas telefónicas pueden hacerse a nuestra agencia durante las horas de oficina de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. de lunes a viernes.
 - b. Llamadas de emergencia serán atendidas después de horas de trabajo y fines de semana llamando también a nuestro número de la oficina.
3. Notifique al servicio telefónico su nombre y número de teléfono y un representante de la agencia lo contactará.
4. Si el cliente desea solamente dejar un mensaje, él/ella lo podrá hacer y un representante de la agencia lo llamará el día siguiente.
5. Solamente servicios de emergencia estarán disponibles los fines de semana y días feriados.
6. Todos los clientes serán instruidos verbalmente que deben llamar al servicio de emergencia 911 en casos en que la vida del paciente corra peligro.
7. Representantes se ocuparán de asistir con los problemas o de contactar al Director de Enfermeros para problemas clínicos.
8. 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.
9. El representante de la agencia mantendrá una relación de las llamadas recibidas y las acciones tomadas.

NON-DISCRIMINATION (The law)

In accordance with Title VII of the Civil Rights Act of 1964 and its implementing regulation, the Agency will, directly or through contractual or other arrangement, admit and treat all person without regard to race, color, sex, sexual orientation, creed, age, disabilities, or national origin in its provision of services and benefits, including assignments and/or transfers within the agency and referrals to or from our agency, Staff privileges are granted without regard to race, color, sex, creed, sexual orientation, age, disabilities, or national origin.

In accordance with Section 504 of Rehabilitation Act of 1973 and its implementing regulations, the Agency will not, directly or through contractual or other arrangements, discriminate on basis of age in the provision of services, unless age is a factor necessary to the normal operation or achievement of any statutory objective. The Agency considers persons with AIDS, persons with HIV infections, persons with AIDS-RELATED conditions, or persons perceived to have AIDS, to be handicapped and includes them in its non-discrimination policies as required by the implementing regulation of Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973.

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. 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 per-

NO DESCRIMINACION (LA LEY)

El título VII de la ley de Derechos Civiles de 1964, según enmendada, prohíbe la discriminación por razón de raza, color, edad, orientación sexual, religión, sexo u origen nacional en la contratación de servicios.

La sección 504 de la ley de rehabilitación de 1973, según enmendada, prohíbe la discriminación de servicios por razones de impedimentos en cualquier programa o actividad que recibe subsidios del gobierno federal. Se prohíbe la discriminación en todas las modalidades de personas con impedimentos físicos, mentales que, con comodidad razonable, pueden desempeñar las funciones esenciales. Todas las personas con SIDA, personas con el virus del HIV son consideradas personas calificadas con impedimentos especiales.

Si usted cree que ha sido discriminado bajo cualquiera de las leyes descritas, debe comunicarse de inmediato con: La comisión de Igualdad, 1801 L Street NW, WASHINGTON, D.C. 20507

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información recibida por empleados o agencias de servicios / o que lo reciban por un reporte o inspeccion debe ser tratada con privacidad y confidencialidad.

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.

HOME SAFETY AND EMERGENCY PLAN EMERGENCY EXIT PLAN

QUESTIONS

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

RECOMMENDATIONS

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 emergency exit plan
- Choose meeting place outside your home to be sure everyone has exited safely.
- Practice the plan to ensure that every one 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.

QUESTIONS

Are all extension cords and telephone cords placed out of the flow of traffic?

RECOMMENDATIONS

- Arrange furniture so that outlets are near lamps and 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.

PLAN DE EMERGENCIA Y SEGURIDAD DEL HOGAR PLAN DE SALIDA DE EMERGENCIA

PREGUNTAS

En caso de fuego, usted tiene un plan de salida de emergencia y un plan alterno de salida?

RECOMENDACIONES

Cuando un fuego comienza se expande rapidamente y puede existir una gran confusion por lo tanto es inimportante 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 y en una 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 caídas. Inspeccione los detectores de humo, y que los tomacorrientes/conmutadores (switches) esten funcionando correctamente. Practique el plan de salida de emergencia con todos los miembros de su familia.

PREGUNTAS

Estan los cordones eléctricos y de teléfono fuera del paso de emergencia?

RECOMENDACIONES

- *Arregle los muebles de modo que los tomacorrientes esten cerca de los enseres eléctricos.
- *Minimice el uso de cordones eléctricos de extension, para evitar accidentes.

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:

1. Personal undergarments only: i.e. nightgowns and pajamas.
2. Straighten bathroom- Clean tub and sink
3. Ambulation if requested by nurse or therapist
4. Meal preparation-One light meal of sandwiches, salad or soup. Aide will wash dishes associated with this meal

Duties not included on services:

1. Mopping floors
2. Washing windows and furniture
3. Defrosting and cleaning refrigerators
4. Cleaning ovens
5. Wiping or washing walls
6. Re-lining drawers
7. Shopping at more than one store
8. Transporting patients in aide's cars
9. Vacuuming mattresses
10. Vacuuming any room other than patients bedroom

SERVICES WILL NOT COVER FOR 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.

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:

1. Baño de esponja o ducha.
2. Lavado de cabeza o cabello
3. Cuidado de la piel
4. Afeitar al paciente
5. Hacerle o cambiarle la ropa de cama.

Deberes adicionales que pueden ser incluidos con cada visita:

1. Lavado de la ropa como: ropa interior, ropa de dormir.
2. Organizar el baño, limpiar bañera y lavamanos
3. Caminar al paciente si es requerido por la enfermera o terapeuta
4. 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 cualquier área que no sea el dormitorio del paciente.

EL SERVICIO NO CUBRIRÁ POR LIMPIAR SU CASA O ACOMPAÑARLE

Mientras tanto el paciente esta solo o que no pueda físicamente asumir los cuidados de la casa, o si el conyugue esta igualmente incapacitado, la asistente de enfermera puede asumir responsabilidad por:

1. Ir de compras una vez por semana.
2. Lavado de ropa, para el paciente solamente
3. Preparar comida para el paciente solamente.
4. Lavar los platos del paciente solamente

Por el número de pacientes y la travesía envuelta, no podemos prometerle específicamente horas del día por cada visita, por lo tanto, todo esfuerzo se hará para acomodar sus visitas y necesidades. Si usted tiene cita con su medico, favor de llamar a nuestra oficina el día antes y le cambiaremos su visita de acuerdo con su cita con el médico.

PATIENT BILL OF RIGHTS

AS OUR CLIENT YOU HAVE THE RIGHT OF:

* Considerate & respectful care. * To expect reasonable continuity of care. * To request from your Physician complete current information concerning your diagnosis, prognosis, & treatment in terms you can reasonably understand. * To expect that all communication & records pertaining to your care be treated as confidential. * To every consideration of your privacy concerning your own medical program, case discussions, consultations & treatments are confidential & should be conducted discretely. Those not directly involved in your care must have your permission to be present. * To know the name of the responsible person coordinating and supervising your Home Health Care & the manner in which that person may be contacted during regular working hours. * To know the name & professional relationship of those individuals involved in your care. * To refuse any segment of care to the extent permitted by the law without relinquishing other segments of the care plan, to be informed of the medical consequences of your action. * To the extent that is reasonably possible to be involved in the planning & implementation of the Home Health Plan of Care and its expected outcome. * To be informed of the policy & procedure for registering complaint about the services being provided, the Home Health Services will not be disrupted as a result of filing a complaint. * To expect that within its capacity the agency must make a reasonable response to your request for services. * To receive & examine an explanation of your bill regardless of source of payment. * To know what agency rules and expectations apply to your conduct as a client. * To be informed of the Plan of Care and have a copy if requested. * Be informed of the right to formulate an Advance Directive and/or Do Not Resuscitate (DNR) order. * To have the pain evaluated and its intensity controlled. * Be free of physical and mental abuse/neglect and/or exploitation. Be informed of the availability of the State Home Health Hotline to report Abuse, Neglect or exploitation: 1-800-962-2873, Complaints 1-888-419-3456. * To have your property treated with respect. * To voice grievance regarding treatment or care that is (or fails to be) furnished, or regarding lack of respect for property by anyone who is furnishing services on behalf of the Agency, and must not be subjected to discrimination or reprisal for doing so.

LOS DERECHOS DEL PACIENTE

COMO CLIENTE NUESTRO USTED TIENE LOS DERECHOS DE:

* Ser cuidado y considerado. * Esperar un cuidado razonable continuo. * A la completa información de su médico en cuanto a diagnostico pronóstico, tratamiento en términos que usted razonablemente entienda. * De esperar que toda comunicación y papeles pertinentes a su cuidado y tratamiento sean confidenciales. * A toda consideración de su privacidad concerniente a su propio programa médico y discusión de su caso. Consultas y tratamientos que sean confidenciales y deban ser conducidos discretamente. Aquellos que no estén envueltos en su cuidado deben de tener su permiso directamente para estar presente. * De saber el nombre de la persona responsable que coordina y supervisa los cuidados prestados en su casa y la manera en que esta persona pueda ser contactada en las horas de trabajo. * De saber el nombre y la relación profesional de las personas envueltas en su caso. * A rehusar cualquier segmento de tratamiento a la extensión permitida por la ley sin renunciar a otros segmentos del plan de tratamiento, ud. tiene el derecho de estar informado de las consecuencias médicas de su acción. * Mientras sea posible de estar involucrado en la planificación e implementación de un tratamiento indicado por el Plan de Cuidado en la Casa y estar informado de cual sera el resultado esperado de dicho plan * De estar informado sobre la póliza y proceso para registrar una reclamación sobre los servicios recibidos. Ud. tiene el derecho de estar informado que los servicios de Home Health no serán descontinuados como resultado de efectuar usted una demanda. * De suponer que dentro de su capacidad la agencia deberá responder razonablemente a su solicitud * A recibir y examinar una aclaración de su cuenta. * A saber cuales reglamentos y requisitos se aplican a Ud. como cliente. * A ser informado acerca de su plan de cuidado. * El derecho a obtener una copia de su plan de cuidado, si lo solicita. * De ser informado de que puede formular una orden sobre Directivas Avanzadas y/o Orden de No Resucitar. * A que su dolor sea asesorado, evaluado y que su intensidad sea controlada. * Estar informado de la disponibilidad de una línea de queja estatal para reportar ABUSOS, Negligencia o Explotación, al 1-800-962-2873, y quejas al 1-888-419-3456. * Tratar su propiedad con respeto. * Presentar una queja sobre su tratamiento o cuidado, o falta de respeto a su propiedad, y que no será sujeto a discriminación o represalias por esto.

PROTECTION FROM ABUSE/NEGLECT AND/OR EXPLOITATION / SAFETY ISSUES

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. For COMPLAINTS, ADVANCE 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 - 6pm, excluding State observed Holidays. FOR Patient's Safety/Care Issues call Joint Commission at 1-630-792-5000.

INFECTION CONTROL

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

RECOMMENDATIONS:

1. 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 HAND!!**
2. Use of latex or other disposable gloves - Gloves should be worn when handling and/or disposing of any of the following: a) Blood b) Urine c) Feces d) Sputum e) Any body fluid or secretion.
3. Be sure to dispose of any contaminated/potentially contaminated item, e.g., Kleenex, by placing in a sealable plastic bag.
4. Your clinician 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, or contact our offices or your Physician.

PROTECCION DE ABUSO/NEGLIGENCIA O EXPLOTACIÓN

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 QUEJAS, IMPLEMENTACION 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 6pm, excluyendo los días de fiestas observadas por el estado. Para Problemas sobre SEGURIDAD del Paciente llamar a Joint Commission al 1-630-792-5000.

CONTROL DE INFECCION

Para proteger a ambos, al cliente y al que lo cuida, los procedimientos del control de infecciones serán seguidos en el hogar. RECOMENDACIONES:

1. Lavado de manos - Esta es quizás la más fácil, y también 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. Si tiene dudas de contaminación, esté seguro. **LAVESE LAS MANOS!!!**
2. Use guantes de latex (goma) o cualquier guante desechable - Los guantes deben ser usados cuando esté en contacto con cualquiera de los siguientes:
a) Sangre b) Orina c) Eces Fecales d) Espectoración e) Cualquier fluido o secreción del cuerpo.
3. Asegurarse de botar cualquier artículo que esté o pudiera estar contaminado. (Ejemplo: Kleenex) poner adentro de una bolsa plástica cerrada.
4. Su técnico le dará las instrucciones apropiadas para las medidas del control de infección. Si tiene alguna pregunta déjele saber o llame a nuestra oficina o su Médico.

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: (For Patient's Safety Issues, call Join Commission at 1-630-792-5000)

1. Remove scatter rugs to avoid falls. Be sure there are no frayed edges on carpeting.
2. 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.
3. All stairs/ramps should have hand rails and non-skid surface.
4. 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.
5. In the bathrooms, use non-slip rugs, carpeting to prevent falling on wet floors; use non-slip strips or mats in the tub.
6. Always test water temperature before entering tub or shower. Water temperature should be 120 degrees or less.
7. Use grab bars and/or shower chairs, and/or raised toilet seats for client who is very ill, weak, and/or tires easily.
8. 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 for the client.
9. Install smoke detectors on all home levels; keep 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.
10. 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 NUMBER ON OR BY THE TELEPHONE

REGLAS BASICA DE SEGURIDAD: EN EL HOGAR

Muchos accidentes se pueden prevenir en la casa siguiendo algunas sugerencias muy basicas. Como deseamos su bienestar, le ofrecemos las siguientes recomendaciones: (Para problemas de Seguridad del Paciente, llamar a Join Commission, al 1-630-792-5000)

1. Remueva alfombras regadas para evitar caídas. Asegurese que no esten deshilachadas.
2. Mantenga todos los pasillos libre de artículos para evitar caídas y evitar que contribuyan a causar un fuego. No sobrecargue los tomacorrientes y no coloque las extensiones debajo de las alfombras.
3. Todas las escaleras/rampas deben tener barandas para manos y los pisos deben ser antiresbalantes.
4. Evite usar ropa holgada cuando este utilizando 1a cocina, utilice agarraderas y guantes insulados para manejar artículos calientes. Mantenga los utensilios de cocinar accesibles y sientese cuando sea posible para evitar cansancio.
5. En los baños utilice alfombras antiresbalantes para evitar caídas en los pisos mojados; utilice tiras o alfombras antiresbalantes en la bañera.
6. Siempre pruebe la temperatura del agua antes de entrar en la ducha o la bañera, la temperatura del agua debe de ser 120 grados o menos.
7. Utilice agarraderas y sillas en la bañera. Utilice asientos de inodoro altos para personas que estan muy enfermas, débiles, o se cansan facilmente.
8. Por la noche utilice una luzcita para evitar caídas en la oscuridad. Mantenga el teléfono y otros artículos que puedan ser necesario durante la noche en la mesa de noche.
9. Instale detectores de humo en todos los pisos de la casa; mantenga un extinguidor de fuego en la casa y aprenda como usarlo apropiadamente. Prepare una ruta de escape de emergencia y practiquela para evitar pérdidas de tiempo en caso de fuego.
10. 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!

HURRICANE EMERGENCY INSTRUCTIONS FOR PEOPLE WITH SPECIAL NEEDS

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 SMALL 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 THE HOTLINE OPERATOR YOUR NAME AND HE/SHE WILL CHECK ON YOUR TRANSPORTATION.**

REMEMBER: HURRICANE SHELTERS CANNOT PROVIDE ADVANCED LIFE SUPPORT. IF YOU HAVE SPECIAL NEEDS, MAKE ARRANGEMENTS WITH YOUR PHYSICIAN NOW! IF YOU HAVE QUESTIONS AT ANY TIME. PLEASE CALL US. IF YOU HAVE QUESTIONS AT ANY TIME. PLEASE CALL (305) 468-5400, or WRITE to:

**Miami Dade County, Florida (Office of Emergency Management)
9300 NW 41 St. Miami, FL 33178.**

INTRUCCIONES EN CASO DE EMERGENCIA DE HURACAN PARA PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES.

REGISTRESE CON LA OFICINA DE EMERGENCIA AL (305) 468-5400 (EN EL CONDOMINIO DE MIAMI DADE). LOS SIGUIENTES PASOS SERAN DADOS EN CASO DE EMERGENCIA:

*** USTED RECIBIRA UNA LLAMADA 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 LOS MISMOS; HAGA ARREGLOS CON SU MEDICO POR ADELANTADO PARA DARLE SOLUCION A SU NECESIDAD EN CASO DE EMERGENCIA. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA POR FAVOR LLAMENOS, o llame al Condado al (305) 468-5400, o escriba a:

**Miami Dade County, Florida (Office of Emergency Management)
9300 NW 41 St. Miami, FL 33178.**

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.

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 por usted si usted no puede tomarlas por sí mismo. Usted puede incluir instrucciones sobre el tratamiento que desea o no desea, 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 indicar que quiere ser un donante de órganos 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.

UNIVERSAL/STANDARDS PRECAUTIONS

Our Agency warranty that home health care providers will adhere to the following, 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.

Gloves are to be worn when handling all specimens to prevent contamination from body specimen fluids or blood.

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.

PRECAUCIONES UNIVERSALES

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 esta procediendo al cuidado de los pacientes, tomando muestras, haciendo limpiezas domesticas, o cuando se entra en contacto con piezas que pueden haberse mezclado con sangre, o fluidos de la sangre.

Una mascara y proteccion de los ojos y cara deben usarse durante procedimientos que puedan generar derrame de fluidos sanguíneos, sangre, o cuando el paciente esta tosiendo en gran medida.

Deben usarse guantes cuando se manejen muestras sanguíneas, para prevenir contaminación desde esas muestras o sangre.

Lavar las manos es mandatorio antes y después que los guantes son quitados.

Además, las manos y otras partes de la piel deben lavarse inmediatamente y profundamente si entra en contacto con fluidos sanguíneos o sangre, y después de toda las actividades de cuidar al paciente.

LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES

YOU ARE ENTITLED TO CARE IN YOUR PREFERRED LANGUAGE. THIS SERVICE IS PROVIDED AT NO CHARGE TO YOU. OUR AGENCY'S STAFF WILL MAKE EVERY ATTEMPT TO MEET YOUR LANGUAGE NEEDS. IF YOU REQUIRED ADDITIONAL ASSISTANCE, PLEASE CONTACT OUR OFFICE.

SERVICIOS DE ASISTENCIA DE LENGUAJE

USTED TIENE EL DERECHO DE RECIBIR CUIDADO EN SU PROPIA LENGUA. ESTE SERVICIO ES PROVEIDO SIN COSTO A USTED. NUESTRA AGENCIA HARA TODO LO POSIBLE PARA ASISTIRLE CON SUS NECESIDADES. SI USTED NECESITA AYUDA ADICIONAL LLAME A NUESTRA OFICINA.

INFORMATION FOR HOME VISIT

WE WANT TO INFORM YOU FOR POSSIBLE SUPERVISORS VISIT TO MONITOR THE QUALITY OF OUR HOME HEALTH CARE SERVICES. WE WILL HEREBY REQUEST THAT YOU CONSENT TO HAVE STATE/ FEDERAL HEALTH SURVEY PERSONNEL TO CONDUCT A "HOME VISIT" TO ENSURE THAT THE FEDERAL/STATE REQUIREMENTS ARE MET AND TO ASSIST IN EVALUATING THE EFFECTIVENESS QUALITY OF HOME HEALTH SERVICES THAT YOU RECEIVE FROM US. THE CONSENT FOR THIS VISIT IS VOLUNTARY AND NONE OF YOUR RIGHTS TO CONFIDENTIALITY OR PRIVACY ARE WAIVED BY ANY CONSENT. YOU HAVE BEEN TOLD AND UNDERSTAND THAT REFUSAL TO CONSENT TO A HOME HEALTH VISIT WILL HAVE NO EFFECT ON THE LEVEL OR NATURE OF MEDICARE/MEDICAID/INSURANCE BENEFITS TO WHICH YOU ARE ENTITLED.

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 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.

SERVICES

This Agency can provide a 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.

INFORMACION SOBRE VISITAS A SU CASA

Nosotros deseamos informarle que Supervisores Estatales o Federales pueden conducir una inspección y encuesta personal mediante una visita "a su casa" para asegurar que las regulaciones Federales y Estatales sean cumplidas para garantizar que el cuidado de la salud en la casa recibido por nuestra Agencia, sea de calidad. La autorización de esta visita es voluntaria y sin afectar sus derechos de privacidad y confidencialidad los cuales son garantizados cuando usted de su consentimiento. También le informamos que rechazar esta visita de inspección no afectará el nivel del cuidado de salud que recibe, o los beneficios de Medicare/Medicaid/Seguros de salud a los cuales tiene derechos.

REQUISITOS DE ADMISION

Nosotros solo podemos admitir pacientes que hayan sido referidos por un medico y con 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.

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.

GRIEVANCE PROCEDURES

1. Any person who believes he or she has been subjected to discrimination or otherwise denied equitable and fair treatment may file a grievance under this procedure. Our Agency will not retaliate against anyone solely for filing a grievance or cooperating in the investigation of a grievance.
2. Grievance must be submitted to our Agency within thirty (30) days of the date the person filing the grievance becomes aware of the action.
3. A complaint may be by phone or in writing, containing the name and address of the person filing it, and must be sent to our Agency. 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 will conduct an investigation of the complaint to determine its validity. This investigation may be informal, but it must be thorough affording all interested parties the ability to submit evidence relevant to the complaint. The Director of Nursing will maintain the files and records relating to such grievances.
5. The Director of Nursing will issue a written decision on the grievance no later than thirty (30) days after its filing.
6. The grievant may appeal the decision of the Director of Nursing by filing an appeal in writing to the Administrator of our Agency within fifteen (15) days of receiving the Director of Nursing decision.
7. The Administrator shall issue a written decision in response to the appeal no later than thirty (30) days after its filing.
8. The availability and use of the grievance procedure does not preclude a person pursuing other remedies accorded by Local, State, and Federal Laws and regulations.

PROCEDIMIENTO DE QUERELLAS

1. Cualquier persona que crea que el o ella ha sido víctima de discriminación, o de cualquier otra forma le ha sido negado un tratamiento justo y equitativo, puede radicar una querella bajo este procedimiento. Nuestra Agencia no tomará represalia alguna en contra de nadie solamente por haber radicado o por cooperar en la investigación de una querella.
2. Las querellas deben someterse a nuestra Agencia dentro de un término de treinta (30) días de la fecha en que la persona que está radicando la querella conoce de la acción que motiva la misma.
3. La queja debe someterse por teléfono o por escrito, conteniendo el nombre y dirección de la persona que la radica, y debe ser mandada a nuestra Agencia. 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 sostener evidencia a dicha queja. El Director de Enfermería mantendrá los archivos y expedientes relacionados con la querella.
5. El Director de Enfermería dejará saber por escrito su decisión sobre la querella en un término de tiempo de treinta (30) días después de su radicación.
6. El querellante puede apelar la decisión de El Director de Enfermería sometiéndola por escrito una apelación al Administrador de nuestra Agencia, dentro de un término de tiempo de (15) días después de haber recibido la decisión del Director de Enfermería.
7. El Administrador dará una respuesta a dicha apelación en un término de tiempo de treinta (30) días.
8. El uso de el procedimiento de querellas no excluye que una persona acuda a otros remedios existentes bajo las leyes y regulaciones locales, Estatales o Federales.

PATIENT RESPONSIBILITY

As a home health care patient you have the responsibility to:

1. Give accurate and complete health information concerning your past illness, hospitalization, medications, allergies, and other pertinent items.
2. Assist in developing and maintaining a safe environment.
3. Inform the Home Health Care Agency when you will not be able to keep a home health care visit.
4. Participate in the development and update of your home health care plan and comply with prescribed medical regimen.
5. Adhere to your developed (updated home health care plan).
6. Request further information concerning anything you do not understand.
7. Give information regarding concerns and problems you have to a home health care agency staff member.
8. Agree to accept all caregivers without regard to race, color, religion, sex, age, gender, preference, handicap, or national origin.
9. Remain under a physicians care while receiving skilled services.
10. Provide the Agency with all requested insurance and financial records.
11. Signs required consents and release forms.
12. Accept the responsibility of any refusal of treatment.

CHARGES

We may accept payment for services from Medicare, Medicaid, Private Insurance, self-pay, or other payors with prior authorization. For most services, there is not cost to you if you are an eligible beneficiary for Medicare/Medicaid. Some insurers may require pre-certification and may limit the number and type of home care visits that will be paid for. Please review the consent form/service agreement you signed for service charges, and your responsibility for payment if any.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Como paciente de cuidado de su salud en la casa Ud. tiene la responsabilidad de:

1. Dar informacion exacta y completa de su salud concerniente a sus enfermedades anteriores, asi como también hospitalizaciones, alergías, y cualquier otro detalle que Ud. considere pertinente.
2. Ayudar a desarrollar y mantener un medio ambiente sin peligros.
3. Mantener informada a la agencia de cuidados de la salud en la casa cuando Ud. no pueda cumplir con una de sus visitas.
4. Participar en el desarrollo y actualización de su plan de cuidado de la salud y cumplir con el régimen médico prescrito.
5. Adherirse a su plan desarrollado (y actualizado de cuidado de su salud en la casa).
6. Pedir mayor información concerniente a cualquier cosa que Ud. no haya entendido bien.
7. Dar información a un miembro de la agencia de cuidados de la salud en la casa concerniente a dudas o problemas que Ud. pueda tener.
8. Aceptar el empleado enviado, sin tener en cuenta raza, color, religion, sexo, edad, incapacidad física, u origen nacional.
9. Mantenerse bajo el cuidado de sus doctores cuando recibe servicio de enfermería o terapia.
10. Mostrarle a la Agencia todos los detalles de su seguro y situación financiera.
11. Firmar todos las formas de consentimientos necesarios.
12. Aceptar la responsabilidad si rehusa cualquier parte del tratamiento.

COSTOS

Podemos aceptar pago por servicios de Medicare, Medicaid, Seguro Privado o Pago Personal, o cualquier otra forma de pago con autorización previa. Para casi todos los casos, no hay ningún costo par usted si es un beneficiario elegible para nuestros servicios. Algunos seguros le podrán limitar el número y tipos de visitas de cuidado en el hogar que pagarán. Por favor revise el formulario de Consentimiento/Acuerdo que usted firmó para los cargos por servicios y su responsabilidad de pago.

CLIENT AGREEMENT SUMMARY

CONSENT TO RECEIVE SERVICES: to render appropriate services as prescribed by your physician, or by any other physicians who may be treating me, including all diagnostic and therapeutic treatments that may be consider advisable or necessary in the judgment of the physician.

PERMISSION FOR DISCLOSURE OF USE OF INFORMATION: Consent to the release of the Agency records to be reviewed by authorized representative of Medicare/Medicaid, and/or private insurance company for use in determining your health care benefits. Specifically authorize and request the Agency to allow the individual/Agency requesting to review your clinical records to examine your personal and medical records.

INSURANCE BENEFITS: authorize your private insurance carrier to pay insurance benefits due to you, to our Agency.

PERSONAL VALUABLES: understand that the Agency will not be liable for any loss of damage to any money, jewelry, documents, and/or other articles of value.

FINANCIAL RESPONSIBILITY: Understand and accept all financial responsibility for services/supplies provided by our Agency, that are not covered by any insurance plan.

EMERGENCY MEDICAL SERVICES: Understand that during the course of your treatment the need for emergency care and/or transfer to a hospital may become necessary and appropriate. Our Agency does not provide emergency medical care and therefore should the need for such treatment and/or transfer be deemed necessary and appropriate by my physician, Agency staff will call 911.

SUMARIO DE ACUERDOS CON EL CLIENTE

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS: Autoriza a nuestra Agencia que rinda los servicios apropiados ordenados por su médico, o cualquier otro médico que lo este tratando, incluyendo todos los tratamientos clínicos y terapéuticos que pueda ser recomendado o necesano en el juicio del doctor.

PERMISO PARA DIVULGAR EL USO DE INFORMACION: Consentimiento a qua divulguen su expediente para ser revisado por representantes autorizados del Medicare/m Medicaid, Intermediarios de Medicare, y/o compañías de seguro privado para determinar sus beneficios de salud, especialmente, autoriza y solicita a la Agencia que le permitan al individuo/Agencia solicitante revisar su expediente clínico para examinar su archivo personal y médico.

BENEFICIOS DEL SEGURO: Autoriza a su seguro que paguen los beneficios debidos por usted a nuestra Agencia, y acuerda divulgar informacion médica a su seguro si es requerido por ellos.

VALORES PERSONALES: Comprender que la Agencia no será responsable por cualquier pérdida o daño a cualquiera de sus propiedades personales, incluyendo dinero, joyas, y documentos.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Acepta toda responsabilidad financiera por servicios proveidos por nuestra Agencia, que no estén cubierto por su seguro.

SERVICIOS MEDICOS DE EMERGENCIA: Entienda que durante el curso de su tratamiento pudiera surgir la necesidad de tratamiento de emergencia y/o transferencia para un hospital, entienda que nuestra agencia no provee servicios médicos de emergencia y por lo tanto si llegara a surgir la necesidad de tratamiento de emergencia y/o traslado a un hospital, que sea recomendado u ordenado por un médico, nuestro personal llamará al 911.

Uses or Disclosures Required or Permitted (HIPAA)

Where we are required or permitted to do so, we may use or disclose your health information in the following circumstances without your written authorization. Federal government investigation, when required by the Secretary of Health and Human Services to investigate or determine our compliance with federal regulation. Federal, state or local law requirements. Public health activities, for example to report communicable diseases or death; or for matters involving the Food and Drug Administration. Reporting of abuse, neglect or domestic violence. Health oversight activities by a health oversight agency. (A health oversight agency is an organization authorized by the government to oversee eligibility and compliance and to enforce civil rights laws.) Judicial or administrative proceedings, for example responding to a court order or subpoena. Law enforcement purposes, for example to report certain types of wounds or other physical injuries or to identify or locate a suspect, fugitive, material witness, or missing person. Use by coroners, medical examiners, or funeral directors. Facilitating organ, eye, or tissue donation. Research, provided that very strict controls are enforced. Averting a serious threat to your health or safety or that of the public. Specialized government functions such as military or veterans' affairs; national security, and intelligence activities. Workers' compensation.

Uses or disclosures which require your written authorization

Your written authorization, which you may revoke (in writing), is required if we use or disclose your health information for any other purpose, in particular: Our use of psychotherapy notes beyond treatment, payment, and health care operations. Marketing of goods or services to you.

Your Rights As A Patient to Privacy Of Your Health Information

Right to Request Restrictions You have the right to request restrictions on our uses and disclosures of your health information, however we may refuse to accept the restriction.

Right to Request Confidential Communications You have the right to request that we communicate with you confidentially, for example to speak with you only in private; to send mail to an address you designate; or to telephone you at a number you designate. [OPTIONAL: your request must be in writing.] We will make every attempt to honor your request.

Right to Request Access to Your Health Information You have the right to request access to your health information in order to inspect or copy it. Your request must be in writing. We may deny your request and, if so, you may request a review of the denial. However, we will make every attempt to honor your request.

Right to Request an Amendment of Your Health Information You have the right to request an amendment to your health information. Your request must be in writing and must provide a reason for the amendment. We may deny your request and, if so, you may submit a statement of disagreement. However, we will make every attempt to honor your request.

Right to Request an Accounting of Disclosures of Your Health Information You have the right to request an accounting of our disclosures of your health information for purposes other than treatment, payment, and health care operations. We will make every attempt to honor your request. We are not required to provide an accounting for disclosures for more than 6 years prior to the date of your request.

Right to Obtain a Paper Copy of this Notice If you received this Notice electronically, you have the right receive a paper copy. To exercise any of these rights please write or telephone to our Agency.

Complaints, Contact Person: You may complain to us and to the Secretary of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been violated. You will not be retaliated against for filing a complaint. You may file your complaint with our agency by writing to the Administration.

You may file a complaint with the Secretary of Health and Human Services by writing to:
Secretary of Health and Human Services
U.S. Department of Health and Human Services 200
Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201

www.pnsystem.com

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.



Agencia de Servicios de Salud en el Hogar Conjunto de Información de Evaluación y Resultados (OASIS) DECLARACIÓN 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 continuación.

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

La ley requiere que nosotros recaudemos la información 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 información sobre el cuidado de su salud se mantenga en forma confidencial.**

Puede ser que le pidamos que nos dé información 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 sólo aquellos que están legalmente autorizados a saber, o que tienen una necesidad médica de saber, verán su información personal de salud.

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

Puede ser que nosotros necesitemos su ayuda para recaudar la información sobre su salud. Si usted elige no contestar, nosotros completaremos la información lo mejor que podamos. No es necesario que usted conteste todas las preguntas para obtener los servicios.

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

- Nosotros sabemos lo importante que es que la información que obtenemos sobre usted sea correcta. Si usted cree que cometimos un error, pídanos que lo corrijamos.
- Si no está 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 información.

Usted le puede pedir a Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ver, revisar, copiar o corregir la información 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. Véase la parte de atrás de este aviso y obtenga la INFORMACIÓN PARA PONERSE EN CONTACTO. Si usted quiere una descripción más detallada sobre sus derechos de privacidad, lea la parte de atrás 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.	

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.



Agencia de Servicios de Salud en el Hogar
Conjunto de Información de Evaluación 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 de la salud 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.

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 HOME HEALTH 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.

Summary

This Notice describes how we use your health information within OUR HOME HEALTH AGENCY and disclose it outside OUR HOME HEALTH AGENCY, and why. The Notice covers:

- >> Uses or disclosures which do not require your written authorization.
- >> Treatment, payment, and health care operations.
- >> Uses or disclosures of your health information to which you may object.
- >> Uses or disclosures required or permitted.

Uses or disclosures which require your written authorization. Your rights as a patient regarding privacy of your health information. Our duties in protecting your health information. Complaints, contact person, effective date, and acknowledgement.

Uses or disclosures which do not require your written authorization

Treatment, Payment, and Health Care Operations. We use or disclose your health information to carry out your treatment; to obtain payment for your treatment; and to conduct health care operations. For example:

- >> For treatment, we use your health information to plan, coordinate, and provide your care. We disclose your health information for treatment purposes to physicians and other health care professionals outside our agency who are involved in your care.
- >> For payment, we use your health information to prepare documentation required by your insurance company or HMO or by Medicare or Medicaid. We disclose that part of your health information that these organizations require to pay us.
- >> For health care operations, we use or disclose your health information, for example, to improve the quality of our services, to plan better ways of treating patients, and to evaluate staff performance.

Uses or Disclosures of Your Health Information to Which You May Object

We may use or disclose your health information for the following purposes, unless you ask us not to.

Informing family and friends. We may disclose your health information to family, friends, or others identified by you who are involved in your care.

Assistance in disaster relief efforts.

For fundraising activities. We may contact you or your family for fundraising purposes. If you do not wish to be contacted for this purpose, please contact the employee who is visiting you, and indicate that you do not wish to receive fundraising communication from us.

Confirming our visits to your home or other appointments.

Informing you about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to you. If you object to our use of your health information for any of these purposes please contact the employee in charge of your treatment.

Our Duties in Protecting Your Health Information We are required by law to maintain the privacy of your health information. We must inform patients or their legal representatives of our legal duties and privacy practices with respect to health information. This Notice discharges that duty. We must abide by the terms of the Notice currently in effect. We reserve the right to change the terms of this Notice and to make the new Notice provisions effective for all health information that we maintain. At any time, you may obtain a copy of the current notice from our staff.

Declaración del Acta de Privacidad -Archivos del cuidado de la Salud. (OASIS)

Esta declaración 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 recolección de su información, incluyendo su número del Seguro Social, y si se le requiere a usted que provea información para esta evaluación. Secciones 1102(a), 1154, 1861(o), 1861(z), 1863, 1864, 1865, 1866, 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 Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud (HCFA, por sus siglas en inglés, 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. Si su información es incluida en una evaluación, está 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" (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 Propósito Principal Para el que se Intenta Usar Su Información. La información que se ha colectado se ingresará al sistema N° 09-70-9002 del Conjunto de Información de Evaluación y Resultados de la Agencia (OASIS de la HHA). La información del cuidado de su salud incluida en el sistema de archivos OASIS de la Agencia será utilizada para los siguientes propósitos: apoyar los litigios en los que está comprometida La Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud; apoyar las funciones reguladoras, de reembolso y de pólizas desarrolladas por la Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud 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 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 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 Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud deben emitir su información desde el Sistema de Archivos OASIS de la Agencia de Salud en Hogar sin su consentimiento. Cada posible receptor debe acordar por escrito que aseguran la continuidad de la confidencialidad y seguridad de su información. La revelación de la información puede ser hecha a: 1. el Departamento de Justicia federal para litigios que involucran a la Administración Para el Financiamiento de Servicios de Salud; 2. los contratistas o consultores que se encuentran trabajando para la Administración Para el Financiamiento de Servicios de Salud ayudando en la realización de un servicio relacionado con este sistema de archivos y necesitan acceso a estos expedientes para realizar esta actividad; 3. una agencia de un gobierno Estatal para los propósitos de determinar, evaluar, y/o examinar los costos, efectividad y/o calidad de los servicios de cuidado de la salud provistos en el Estado; para el desarrollo y operación de los sistemas de reembolso de Medicaid; o para la administración de los programas de las agencias dentro del Estado; 4. otra agencia Federal o Estatal para contribuir con la precisión de las operaciones de seguros de salud de la Administración Para el Financiamiento de Servicios de Salud (pagos, tratamiento y cobertura) y/o para apoyar a las agencias Estatales en la evaluación y monitoreo del cuidado provisto por las agencias; 5. una Organización de Revisión de Normas Profesionales, para realizar las funciones de los Títulos XI o Título XVII relacionados con la evaluación y mejoramiento de la calidad de los cuidados provistos por las agencias de salud en el hogar; 6. un individuo u organización para una investigación, evaluación o proyecto epidemiológico relacionado con la prevención de enfermedades o incapacidades, la restauración o mantenimiento de la salud, o proyecto relacionado con los pagos; 7. la oficina de un congresista en respuesta a una investigación de un constituyente pedida en forma escrita por el constituyente cuyo expediente es el mantenimiento.

IV. Las Consecuencias Personales, Si Usted No Provee La Información. La agencia necesita la información contenida en el Conjunto de información (OASIS) para darle a usted un cuidado de calidad. Es importante que la información sea correcta. La información incorrecta podría resultar en un error en el pago. También si la información es incorrecta, podría hacer muy difícil asegurar que la agencia le está brindando servicios de calidad. Si usted elige no proveer información, no existe un requerimiento federal para que la agencia de servicios de salud en el hogar se niegue a brindarle los cuidados.

Para Ponerse en Contacto sobre OASIS Llame al 1-800-MEDICARE, y solicite ayuda.

Noticia sobre Prácticas de Privacidad (HIPAA)

ESTE DOCUMENTO EXPLICA COMO LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y PARA VER COMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR USE SU TIEMPO PARA REVISARLO 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 informacion de su salud" nosotros queremos decir la información que nosotros mantenemos que le identifica a usted y a su estado o tratamiento.

Sumario

Este documento explica como nosotros usamos la información de su salud entre Nuestra Agencia y cualquier discusión sobre ella fuera de Nuestra Agencia, y por qué. Este documento cubre:

>> Uso o discusión en la que no es mandatorio su autorización escrita.

>> Tratamiento, pagos y operaciones de tratamientos de salud.

>> Uso o discusión de información de su salud que ud puede objetar.

>> Uso o discusiones requeridas o permitidas.

Uso o discusiones que puede requerir su autorización escrita. Sus derechos como paciente referidas a la privacidad de la información sobre su salud. Nuestras tareas en proteger la informacion de su salud. Quejas, persona de contacto, fecha efectiva, y conocimiento.

Uso o discusión en que no es mandatoria su autorización escrita

Tratamiento, Pagos, y Operaciones de Tratamiento de la Salud. Nosotros usamos la información sobre su salud para hacer sus tratamientos, para obtener los pagos de sus tratamientos y para conducir operaciones sobre el manejo de su salud. Por ejemplo:

>> Para el tratamiento, nosotros usamos la información de su salud para planear, ordenar su cuidado. Nosotros discutimos la información de su salud para propósitos de tratamiento con médicos y otros profesionales del tratamientos de salud, fuera de nuestra agencia que estén involucrados en el cuidado de su salud.

>> Para pagos, nosotros usamos la información de su salud para preparar documentos de su compañía de seguro. Nosotros discutimos la parte de la información de su salud que estas organizaciones requieren para pagarnos.

>> Para operaciones de cuidado de salud, nosotros usamos o discutimos la información de su salud, por ejemplo, para mejorar la calidad de nuestros servicios, para planear mejores maneras de tratar a nuestros pacientes, y para evaluar el servicio de nuestros empleados.

Uso o Discusiones de la Información de su Salud en que puede objetar

Podemos usar/discutir la información de su salud por las siguientes razones, a no ser que usted nos lo prohíba:

Informando a sus amigos y familia. Nosotros podemos discutir la información de su salud con su familia, amigos u otros identificados por usted que estan envueltos en su cuidado.

Asistencia en resolver problemas de desastres.

Para actividades de contribuciones a fondos. Nosotros podemos contactar a usted o su familia para propósitos de contribuir a fondos. Si usted no quiere ser contactado por esta razón, por favor contacte a el empleado que lo está atendiendo, e indique que usted no quiere recibir comunicación de contribución a fondos por nuestra parte.

Confirmando nuestras visitas a su casa u otras citas.

Informándole sobre las alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados a su salud y servicios que usted puede estar interesado. Si usted objecta nuestros usos de la información de su salud por cualquiera de estos casos, por favor contacte al Empleado encargado de su tratamiento.

Nuestras Tareas en Proteger su Información de Salud Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud. Nosotros debemos informar a nuestros pacientes o personas responsables legales, de nuestras obligaciones legales sobre Practicas de Privacidad, relacionas a la información de salud. Tenemos que cumplir con los términos de esta Noticia sobre Privacidad. Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de esta Noticia sobre Privacidad, o crear una nueva.

Usted puede solicitar una copia cada vez que lo desee llamando a nuestra Agencia.

Uso o Discusiones requeridas o permitidas (HIPAA)

Cuando estemos requeridos o permitidos a hacerlo, podemos usar/discutir la información de su salud en las siguientes circunstancias sin su autorización escrita. Investigaciones del Gobierno Federal, cuando sea requerido por la Secretaría de salud y servicios humanos para investigar el cumplimiento con regulaciones federales. Requerimientos de leyes Federales, estatales o locales. Actividades de salud pública, ejemplo: para reportar enfermedades contagiosas o muertes; o para actividades que tienen que ver con la administración de comida y drogas. Al reportar abuso, negligencia o violencia doméstica. Actividades de Agencias de Salud Controladores. (Organizaciones autorizadas por el gobierno, para chequear la elegibilidad, cumplimiento y forzar a cumplir con las leyes y derechos civiles) Procedimientos administrativos o judiciales, por ejemplo respondiendo a orden de la corte o citación. Para colaborar con el cumplimiento de leyes, por ejemplo para reportar tipos de heridas u otras lesiones físicas, o para identificar o localizar a un fugitivo, testigos materiales, o a una persona perdida. Uso por examinadores médicos, o directores de funeraria. Facilitar donaciones de órganos, ojos, o tejidos. Investigaciones que tengan un rígido control. Avisar sobre un serio daño hacia su salud, seguridad, o pública. Funciones especiales del gobierno como actividades militares, veteranos, seguridad nacional o actividades de inteligencia.. Compensaciones al trabajador.

Uso o discusión que requieren su autorización escrita Su autorización escrita, la que puede revocar (por escrito), es requerida si usamos o discutimos la información de su salud por cualquier otro caso en particular: Uso de notas de terapia psiquiátrica después de tratamientos, pagos, y operaciones de cuidado de salud. Propaganda de cosas/servicios para usted.

Sus Derechos de Privacidad de la Información de su Salud

Derecho a solicitar Restricciones Usted tiene el derecho de solicitar restricciones a usos y discusiones de la información de su salud, pero podemos rechazar a aceptar la restricción.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted confidencialmente, por ejemplo para hablarle en privado; para mandar correo a una dirección que designe; o para llamarlo a un teléfono que designe. Nosotros vamos a hacer un máximo esfuerzo por complacerlo.

Derecho a Solicitar Acceso a su Información de salud Usted tiene el derecho de solicitar acceso a la información de su salud para inspeccionarla o copiarla. Su solicitud tiene que ser por escrito. Podemos negar su solicitud, si lo hacemos, usted puede solicitar revisar la negación. Pero, nosotros vamos a hacer el esfuerzo de complacerlo.

Derecho a Solicitar un Cambio a la Información de su Salud Usted tiene el derecho de solicitar cambios en la información de su salud. Su solicitud tiene que ser por escrito y tener razones para el cambio. Podemos negar su solicitud y si lo hacemos, usted puede enviarnos una queja o reclamo. Pero, nosotros vamos a hacer el esfuerzo de complacerlo.

Derecho a Solicitar una Cuenta de las Discusiones de la Información de su Salud Usted tiene el derecho de solicitar una lista de nuestras discusiones de la información de su salud por causas que no sean tratamientos, pagos, u operaciones de cuidado de su salud. Vamos a hacer el esfuerzo de complacerlo, no estamos obligados a proveerle una cuenta de discusiones por mas de 6 años antes a la fecha de su solicitud.

Derecho a Obtener Una Copia De Este Documento Si usted recibió este documento electrónicamente, tiene el derecho de hacer una copia. Para repasar cualquiera de estos derechos por favor escriba o llame a nuestras oficinas.

Quejas, Personas de Contacto: Usted puede quejarse a nosotros o a la Secretaría de Salud, si cree sus derechos de privacidad han sido violados. Usted no va a ser discriminado por hacer cualquier queja. Usted puede hacer una queja llamando a la Administración de la Agencia. Si desea puede quejarse directamente a la Secretaría de Salud, escribiendo a:

Secretary of Health and Human Services
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201

www.pnsystem.com

PRIVACY ACT STATEMENT - HEALTH CARE RECORDS (OASIS)

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.

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

MEDICARE COVERAGE

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.

REHABILITACIÓN DE LA VISIÓN DISMINUIDA

¿Que es la Visión Disminuida?

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?

La vision 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?

Las personas con Visión Disminuida experimentan cambios físicos, psicologicos 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 recreacion

COBERTURA DE MEDICARE

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.

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. These communication challenges become part of the task of you, the caregiver.

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

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.

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.

Cuales alimentos son saludables?

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.

What I have to know about the Medications / Qué debo saber de los Medicamentos

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 take with other medicine that I am taking, including over-the-counter medicine, vitamins or herbs? * What food, drink or activities should I avoid while taking it?

¿Cual es el nombre de cada medicamento? * ¿Para qué es? * ¿A qué hora debo tomarlo? * ¿Cuánto debo tomar cada vez? * ¿Cómo debo tomarlo? * ¿Debo tomarlo con comida? * ¿Por cuánto tiempo? * ¿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?

INFORMATION TO PERSONS WITH SENSORY IMPAIRMENTS

Our Agency will take such steps as are 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 perform 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 offer the needed services:

The Florida Coordinating Council for the Deaf and Hard of Hearing

4052 Esplanade Way, Bin #A06 Voice: 850-245-4913 Toll Free Voice: 866-602-3275
Tallahassee, FL 32399-1707 TTY: 850-245-4914 Toll Free TTY: 866-602-3276

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

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

INFORMACIÓN PARA PACIENTES CON LIMITACIONES SENSORIALES

Nuestra Agencia va a tomar todas las medidas necesarias, para que las personas con limitaciones físicas y sensoriales, incluyendo aquellos con problemas de lenguaje y auditivas, reciban la información más completa disponible en cada admisión, relacionadas con servicios especiales de acuerdo a sus limitaciones, tratamiento, a no costo para nuestros clientes.

Para personas con limitaciones auditivas: la agencia hará todo el máximo esfuerzo, para contratar los servicios de interpretes calificados en "language de signs". 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 Voice: 850-245-4913 Toll Free Voice: 866-602-3275
Tallahassee, FL 32399-1707 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, consejo de comunicaciones están disponibles para facilitar la comunicación referente los servicios y beneficios, derechos y consentimiento para el tratamiento.

INFORMATION REGARDING THE DISPOSAL OF BIOHAZARDOUS WASTE

Attention! All Patients Requiring Biohazardous Waste Disposal
While rendering medical treatment in your home 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. _____ 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 _____.

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. _____ le contactará para arreglar la recogida de los desechos, por favor ayúdenos y colabore acomodando la cita para la recogida.

EL CONTENEDOR DE DESECHOS DEBE ESTAR DENTRO DE SU CASA HASTA QUE SEA RECOGIDO POR LA COMPAÑIA CONTRATADA. NUNCA PONGA EL CONTENEDOR EN LA BASURA, O FUERA DE SU CASA PARA QUE SEA RECOGIDA POR LOS SERVICIOS DE LA CIUDAD, ESTO ES ILEGAL!. SI OCURRIERA USTED O NUESTRA AGENCIA PUEDEN SER PERSEGUIDOS SI OTRA PERSONA ES DAÑADA POR LOS DESECHOS.

Si necesitara que su contenedor fuera removido antes de la cita convenida, o tinea 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 después que halla sido dado de alta de nuestros cuidados, favor de llamar a: _____.

Our Staff makes the difference

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.

Nuestros empleados hacen la diferencia

Nuestro Personal de Enfermería y Profesional están listos para servirles las 24 horas del día, para asegurarle a cada 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 iniciarán el CPR si es necesario, a no ser que el paciente tenga una orden de no resucitarlo.

Our Mission

Our Agency provides adult nursing, high tech nursing services, physical therapy, occupational therapy, speech therapy, home health aides, medical social workers, plus clinical assessment and management 24 hours a day, 7 days a week. We know what a difficult job it is to make sure your loved one is cared for.

Nuestra Misión

Nuestra Agencia provee cuidados de salud en la casa a adultos, cuidados de enfermera de alta técnica (sueros), terapia de ocupación, de lenguaje, física, ayudante de enfermera, trabajadora social, además de observación y cuidado clínico, 24 horas al día, 7 días a la semana. Nosotros sabemos lo difícil que es asegurarle un buen cuidado a sus seres queridos.

Oxygen Safety At Home / Medidas de Seguridad con el Oxígeno

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 holder, never apply any oily substance.

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 applique sustancias grasosas.

RESOURCE GUIDES

EMERGENCY/EMERGENCIAS

911

COMMUNITY AGENCIES / AGENCIAS COMUNITARIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY/SOCIEDAD CANCER	305-594-4363
CATHOLIC COMMUNITY SERVICES	305-754-2444
CATHOLIC FAMILY SERVICES	305-758-0024
CHANNELING	305-758-0021
EMERGENCY ASSISTANCE / EMERGENCIA	305-468-5400
LEAGUE AGAINST CANCER/LIGA VS CANCER	305-858-8050
SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION	1-800-772-1213
SWITCHBOARD OF MIAMI	305-358-HELP
UNITED WAY	305-579-2200
Medicare ALZHEIMER's Project	1-800-633-4227
POLICE (Community Affairs)/Comunidad	305-579-6185

MEALS / COMIDAS

CATHOLIC SERVICE BUREAU (LIMITED)	305-757-5203
CONGREGATE MEAL SITES IN	
MIAMI-DADE COUNTY (CATHOLIC CHARITIES)	305-751-5203
LITTLE HAVANA ACTIVITY CENTER	305-858-2610
MEALS ON WHEELS / COMIDAS	305-347-4605

ABUSE / ABUSOS

CRIME AGAINST THE ELDERLY PROGRAM	305-576-9333
ELDERLY ABUSE / ABUSOS	1-800-96-ABUSE
	1-800-962-2873
AHCA Hot Line / Quejas	1-888-419-3456
Pt's Safety/ Seguridad del Paciente Joint Commission	1-630-792-5000
JCHCO Complaints complaint@jointcomission.org	1-800-974-6610
CHAP Hotline (Línea de CHAP)	1-800-656-9656

HOSPICE / HOSPICIOS

CATHOLIC SERVICES	305-822-2380
VITAS	305-576-9333

LEGAL SERVICES/SERVICIOS LEGALES

LEGAL AIDE SOCIETY	305-579-5733
LEGAL SERVICES OR GREATER MIAMI	305-576-0080

HURRICANE/HURACANES	305-468-5400
---------------------	--------------

GUIA DE RECURSOS

TRANSPORTATION/TRANSPORTACION

METROBUS	305-770-3131
Florida Medivan Ambulance/Ambulancia	305-636-5500
MEDICAID TRANSPORTATION	305-263-7301
MERCY HOSPITAL TRANSPORTATION	305-285-2955
RANDLE EASTERN AMBULANCE	305-718-6400
ATS RESERVATIONS	305-264-9000
COMPLAINTS / QUEJAS	305-267-6310
MEMBERSHIP APPLICATION	305-263-5406

AIDS RESOURCES/ RECURSOS PARA EL SIDA

AIDS HOTLINE	1-800-FLA-AIDS
	1-800-342-SIDA
HEALTH CRISIS NETWORK (ENGLISH)	305-573-5411
CARE RESOURCES (ESPAÑOL)	option 8

HOUSING/VIVIENDAS

MIAMI-DADE HOUSING	305-644-5100
--------------------	--------------

SERVICE AT HOME/SERVICIOS A LA CASA

ELDER CARE	305-596-5696
	or 305-477-0440
UNITED HOME CARE	305-477-0440

GUARDIAN/ACOMPAÑANTES

GUARDIANSHIP PROGRAM	
MIAMI-DADE COUNTY	305-592-7642

EMERGENCY RESPONSE PROGRAM/RESPUESTA A EMERGENCIAS

SARBAY FLORIDA ELECTRONIC INC	1-800-973-6320
NON-EMERGENCY HELP/ AYUDA BOMBEROS	786-331-500
WATER EMERGENCY (24 hrs)/AGUA EMERGENCIA	305-274-9272
WATER SERVICES/AGUA SERVICIO CLIENTE	305-665-7477
COUNTY HEALTHCARE/SALUD CONDADO	305-375-5444

National Patient Safety Goals Metas Nacionales para la Seguridad del Paciente (Home Care)

- | | |
|--|---|
| 1- Identify Patient Correctly | 8- Check Patient Medicines |
| 2- Improve Communication | 9- Prevent Patients from falling |
| 3- Use Medicines Safely | 13- Help Pts to be involved in their care |
| 7- Prevent Infection | 15- Identify Patient Safety Risk |
| 1- Identifique el Paciente correctamente | 8- Chequee las Medicinas del Paciente |
| 2- Mejore Comunicación | 9- Evite Caídas |
| 3- Use Medicinas con seguridad | 13- Involucre al Paciente en su cuidado |
| 7- Evite Infecciones | 15- Identifique riesgos del Paciente |