

# **Patient's Representative Rights Notice package**

**Agency:**

**Address:**

*Dirección de la Agencia*

**Phone:** \_\_\_\_\_

**Administrator Name:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_  
*Nombre del Administrador*

**Director of Nursing:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_  
*Nombre del Director de Enfermería*

CALL US FOR ANY QUESTION OR CONCERN  
LLAMENOS PARA CUALQUIERA PREGUNTA O DUDA.

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

305.818.5940

**PATIENT'S LEGAL REPRESENTATIVE STATEMENT TO RECEIVE NOTICE**

Agency phone \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE DE RECIBIR AVISO**

Address/Dirección \_\_\_\_\_

Patient's Name: \_\_\_\_\_ MR#: \_\_\_\_\_ SOC: \_\_\_\_\_

*(Nombre del Paciente)*

Patient's Legal representative: \_\_\_\_\_ Ph: \_\_\_\_\_

*(Representante Legal* Address: \_\_\_\_\_ *email:* \_\_\_\_\_*Dirección)*

The patient and representative has the right to be informed of the patient's rights in language and manner the individual understand. Including: Notice of Rights, Exercise Rights, Rights of the Patient, Transfer & Discharge policy, Investigation of complaints, Accessibility. *El paciente y el representante tienen derecho a que se les informe sobre los derechos del paciente en el lenguaje y la forma en que el individuo lo entiende. Incluyendo: Aviso de derechos, Ejecución del Derecho, Derechos del paciente, Política de transferencia y alta, Investigación de reclamos, accesibilidad.*

The Patient's Legal representative was contacted by phone on: \_\_\_\_\_ and verbally explained all required notices. *Se contactó al representante legal del paciente por teléfono el: \_\_\_\_\_ y se le explicó verbalmente todo aviso requerido.*

Witness 1: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*Testigo 1**Firma**Fecha*

Witness 2: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*Testigo 1**Firma**Fecha*

Patient's Representative authorized email Notice: Yes No

*El representante del paciente autoriza el correo electrónico**Sí**No*If Yes: *(Si)* (Email notice) *(Noticia por correo electrónico)*

Email authorization was obtained on \_\_\_\_\_, and the FULL NOTICE PACKAGE was emailed on: \_\_\_\_\_. See attached the confirmation receipt. The Recipient agreed that will return this form signed by email, as proof to been informed.

*La autorización por correo electrónico se obtuvo el \_\_\_\_\_, y se envió por correo electrónico el PAQUETE DE AVISO COMPLETO: \_\_\_\_\_. Ver adjunto el recibo de confirmación. El Receptor acordó que devolverá este formulario firmado por correo electrónico, como prueba de haber sido informado.*

Form signed was received on: \_\_\_\_\_ *(El formulario firmado fue recibido el)*

Form was never signed and returned by above representative, amend Agency effort to obtain signed proof.

*El formulario nunca fue firmado y devuelto por el representante anterior, a pesar del esfuerzo de la Agencia para obtener un comprobante firmado.*

If No: *(Mail notice)* *(Noticia por correo regular)*

FULL NOTICE PACKAGE was mailed on: \_\_\_\_\_. See attached the confirmation receipt. The Recipient agreed that will return this form signed by mail (in the envelope provided), as proof to been informed.

*Se envió por correo un PAQUETE DE AVISO COMPLETO: \_\_\_\_\_. Ver adjunto el recibo de confirmación. El Receptor acordó que devolverá este formulario firmado por correo (en el sobre provisto), como prueba de haber sido informado.*

Form signed was received on: \_\_\_\_\_ *(El formulario firmado fue recibido el)*

Form was never signed and returned by above representative, amend Agency effort to obtain signed proof.

*El formulario nunca fue firmado y devuelto por el representante anterior, a pesar del esfuerzo de la Agencia para obtener un comprobante firmado.*

Questions/*Preguntas*, Complaints/*Quejas*:Agency Administrator (*Administrador*): \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Agency Director of Nursing/Clinical Mgr: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

*(Director de Enfermeros)*

Representative Legal (Name): \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*Representante Legal (Nombre)**Firma**Fecha*

**Authority to Sign on Behalf of the Patient**  
**Autorización Para Firmar en Nombre del Paciente**

The undersigned has the authority to sign documents for the following patient:  
*El abajo firmante tiene la autoridad para firmar documentos para el paciente siguiente:*

\_\_\_\_\_

Patient Name/ <i>Nombre del Paciente</i>	MR#
--	-----

The reason for this authorization is as follows/ *La razón de esta autorización es la siguiente:*  
Patient is unable to sign because/El Paciente no puede firmar porque:

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

The reason I am authorized to sign is (check one):  
*La razón que estoy autorizado a firmar es (Marque uno):*

- Court appointed guardian – Attach a copy of the court order.  
*Tutela - Incluya una copia de la orden de la Corte.*
  
- Name of Relative / *Nombre del Familiar:* \_\_\_\_\_  
*Relationship/ Relación:* \_\_\_\_\_
  
- Owner of Health Care Facility/ *Dueño del Centro de Cuidado Médico:*  
*Name/ Nombre:* \_\_\_\_\_  
*Name of Facility/Nombre del Centro:* \_\_\_\_\_
  
- If other than above, specifically state why you are empowered to sign.  
*Si hay otras razones que las anteriores, indique específicamente porque usted tiene autorida para firmar.*

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

\_\_\_\_\_

Signature/ <i>Firma</i>	Date/ <i>Fecha</i>
-------------------------	--------------------

\_\_\_\_\_

Witness/ <i>Testigo</i>	Date/ <i>Fecha</i>
-------------------------	--------------------

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

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

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

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

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

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

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

## PERSONNEL HONOR THE PATIENT RIGHT TO:

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

## PATIENT RESPONSIBILITIES:

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

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

## HOMEBOUND STATUS:

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

First Criteria: One of the Following must be met:

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

Second Criteria: Both of the following must be met:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. The patient dies.

7. The HHA ceases to operate.

## **POLICY ON PATIENT TRANSFER**

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

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

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

## **DISCHARGE OF PATIENTS**

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

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

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

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

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

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

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



## GRIEVANCE/COMPLAINTS PROCEDURES

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

### Agency Investigation of complaints:

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

Agency:

Address:

Phone: \_\_\_\_\_

Administrator Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Director of Nursing: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

The Patient will have a confidential clinical record. Access to or release of patient information and clinical records, free or charges (as soon as next visit day or within 4 business days). Will be informed of the right to access auxiliary aids and language services, and how to access these services free of charges.

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

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

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

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

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

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

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

## COMO HONRARA NUESTRO PERSONAL LOS DERECHOS DEL PACIENTE:

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

## RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:

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

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

## CRITERIO DE CONFINAMIENTO AL HOGAR:

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

Primer criterio: se debe cumplir uno de los siguientes:

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

Segundo criterio: se debe cumplir con los siguientes requisitos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## POLIZA EN TRANSFERENCIA DE PACIENTE

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

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

## ALTA DE PACIENTES

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

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

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

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

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

## PROCEDIMIENTO DE QUERELLAS

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

### Investigación de quejas por la agencia:

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

Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Administrador: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Nombre del Director de Enfermería \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

El paciente tendrá un registro clínico confidencial. Acceso o liberación de la información del paciente y de los registros clínicos, sin cargos (tan pronto como el día de la próxima visita o dentro de los 4 días hábiles). Se le informará sobre el derecho a acceder a servicios auxiliares y de idiomas, y cómo acceder a estos servicios sin cargo.

Notes:

Sample