

CONFIDENTIAL !!

Contains Protected health information
Keep Confidential

ALLERGIES / ALERGIAS:

**Admission Package
Formas De Admisión**

**Client Information Handbook
Manual De Información Al Paciente**



License #: HHA299992451—Medicare/Medicaid Certified & Joint Commission Accredited

FALL PRECAUTIONS

- Unsteady Gait Frail Weakness
 Poor Endurance SOB Balance
 Other: _____



Nurse / Enfermera: _____

Aide / Auxiliar Enfermera: _____

Therapist / Terapista: _____

Physician / Doctor: _____

900 W 49th St. Suite 236—Hialeah, FL 33012
Office: (305) 403-2065—Fax: (305) 403-2066

Dear Home Health Care Recipient,

Thank you for choosing our Agency as your home care provider. It is our privilege to be able to service to you during your period of convalescence. Enclosed for your information are some tips on home safety and infection control as well as other general information regarding your Agency. Should you have any questions or concerns regarding your care, or if you would like additional information regarding the Agency, please call us at (305) 827-5551. Our office is open Monday through Friday from **9:00 a.m. to 5:00 p.m.** However, our answering service is available on a twenty-four (24) hour on-call basis including weekends and holidays. Our answering service will contact the Agency's on-call representative. Once again, thanks for allowing us to be a part of your Home Care Team.

Mission Statement

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

Estimado cliente de cuidado para la salud a domicilio:

Gracias por escoger a nuestra Agencia como su proveedor de cuidado a domicilio. Es nuestro privilegio servirle durante su periodo de convalescencia. Para su información le incluimos algunas sugerencias sobre seguridad en su hogar y sobre control de infecciones, así como Información general sobre nuestra Agencia. Si tuviera alguna pregunta o inquietud en referencia a nuestro cuidado, o si necesitara información adicional sobre nuestra agencia, por favor, llámenos al (305) 827-5551. Nuestras oficinas están abiertas de Lunes a Viernes de **9:00 a.m. a 5:00 p.m.** Sin embargo, estamos siempre disponibles veinticuatro (24) horas al día para usted incluyendo los fines de semana y días festivos llamándonos a este teléfono. Nuestro servicio telefónico tomará su mensaje y se pondrá en contacto con un representante de la Agencia que se encuentre de guardia, lo más pronto posible. Nuevamente, gracias por permitirnos ser parte de su equipo de cuidado a domicilio.

Misión y Propósito

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

PROTECTION FROM ABUSE, NEGLECT AND/OR EXPLOITATION / COMPLAINTS

To report ABUSE, NEGLECT OR EXPLOITATION, please call toll-free number: [1-800-962-2873](tel:1-800-962-2873). The number is available 7 days a week, 24 hours a day. To Report COMPLAINTS, ADVANCED DIRECTIVES Implementation and INFORMATION on any Health Care Provider, call the AHCA Consumer Hot Line toll-free: [1-888-419-3456](tel:1-888-419-3456). The number is available Monday-Friday 8am - 6pm, excluding State observed Holidays.

For Patient's Safety or Quality of Care Issues call the Joint Commission at 1-800-994-6610.

PROTECCION DE ABUSO/NEGLIGENCIA O EXPLOTACIÓN / QUEJAS

Para reportar ABUSOS, NEGLIGENCIA o EXPLOTACION, por favor llame a la línea libre de cargos: [1-800-962-2873](tel:1-800-962-2873). Este número está disponible 7 días a la semana, 24 horas al día. Para reportar QUEJAS, implementación de las DIRECTIVAS ANTICIPADAS, o INFORMACION sobre cualquier proveedor de Cuidados a la salud, puede llamar a la Agencia de Salud (AHCA), al número de protección al consumidor libre de cargos: [1-888-419-3456](tel: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 de Seguridad o Calidad del cuidado del Paciente llamar a Joint Commission at 1-800-994-6610.

Our Staff makes the difference / Nuestros Empleados hacen la diferencia

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

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

CLIENT SERVICE AGREEMENT (Spanish Translation in the back)

Patient: _____

Medical Record: _____

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

I REQUEST A COPY OF THE PLAN OF TREATMENT: Y _____ N _____

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

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

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

SECTION ONE

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

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

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

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

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

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

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

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

Patient: _____

Medical Record: _____

SECTION TWO

HOME HEALTH SERVICES TO BE FURNISHED, FREQUENCY AND CHARGES:

SKILLED NURSING _____ HOME HEALTH AIDE _____

PHYSICAL THERAPY _____ MEDICAL SOCIAL WORKER _____

SPEECH THERAPY _____ OCCUPATIONAL THERAPY _____

OTHER: _____

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

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

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

I HAVE AN ADVANCE DIRECTIVE: YES NO.

I HAVE A LIVING WILL: YES NO. IF YES, LOCATION OF LIVING WILL: _____

I HAVE A PATIENT ADVOCATE/PROXY: YES NO: MY PATIENT ADVOCATE/PROXY IS: Name: _____ ADDRESS: _____ PHONE: _____

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

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

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

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

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

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



SIGNATURE OF CLIENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE

DATE

RELATIONSHIP OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE

SIGNATURE OF AGENCY'S REPRESENTATIVE

DATE

CONTRATO DE SERVICIOS (Versión en Inglés al frente)

Paciente: _____

Record Médico: _____

Pag. 1

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

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

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

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

SECCIÓN I

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

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

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

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

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

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

CONTRATO DE SERVICIOS (Continuación) (Versión en Inglés al frente)

Paciente: _____

Medical Record: _____

Pag. 2

SECCIÓN II

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

SKILLED NURSING _____ HOME HEALTH AIDE _____
PHYSICAL THERAPY _____ MEDICAL SOCIAL WORKER _____
SPEECH THERAPY _____ OCCUPATIONAL THERAPY _____
OTHER: _____ TAMBIEN AUTORIZO VISITAS DE SUPERVISION CADA _____
DIAS.

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

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

TENGO DIRECTIVAS ANTICIPADAS: SI NO.

TENGO TESTAMENTO: SI NO. SI ES SI, LOCALIZACIÓN: _____

TENGO UN APODERADO SI NO: MI APODERADO ES: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

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

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

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

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

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

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

PATIENT BILL OF RIGHTS

Patient name: _____

AS OUR CLIENT YOU HAVE THE RIGHT TO EXERCISE YOUR RIGHTS, AND/OR TO DESIGNATE A REPRESENTATIVE TO EXERCISE THEM FOR YOU: * Choose a health care provider. * Be informed of any financial benefits when referred to an organization. * Be informed of provider service/care limitations. * Be informed of anticipated outcomes of service/care and of any barriers in outcome achievement. * Considerate and respectful care. * To expect reasonable continuity of care. * To request from your Physician complete current information concerning your diagnosis, prognosis, and treatment in terms you can reasonably understand. * To expect that all communication and records pertaining to your care be treated as confidential. * To every consideration of your privacy concerning your own medical program, case discussions, consultations and treatments are confidential and should be conducted discretely. Those not directly involved in your care must have your permission to be present. * To know the name of the responsible person coordinating and supervising your Home Health Care and the manner in which that person may be contacted during regular working hours. * To know the name and professional relationship of those individuals involved in your care. * To refuse any segment of treatment to the extent permitted by the law without relinquishing other segments of the treatment plan. You have the right to be informed of the medical consequences of your action. * To the extent that is reasonably possible to be involved in the planning and implementation of the Home Health Plan of Care and its expected outcome. * To be informed of the policy and procedure for registering formal complaint about the services being provided. You have the right to be informed that the 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 and 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 * To have a copy of the Plan of Care if requested. * Be informed of the right to formulate an Advance Directive and/or Do Not Resuscitate (DNR) order. * To be informed, both orally and in writing, in advance of services/care being provided, of the charges, including payment for service/care expected from third parties and any charges for which you will be responsible. * 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 AHCA Home Health Hotline to make a complaint regarding any Home Health Agency or in the Implementation of the Advanced Directives at 1-888-419-3456 from 8:00 am to 6:00 pm, and to report Abuse, Neglect or exploitation: 1-800-962-2873, 24 hours a day, 7 days a week. * 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 EL DERECHO DE EJECUTAR SUS DERECHOS, Y/O DESIGNAR UN REPRESENTANTE QUE LOS EJECUTE POR USTED: * Escoger su proveedor de servicios. * Ser informado de sus beneficios financieros cuando lo refieran a una organización. * Ser informado de sus limitaciones de servicios/cuidados. * Ser informado de resultados anticipados de servicios/cuidado y de barreras en el resultado de su cuidado. * Ser cuidado y considerado. * Esperar un cuidado razonable continuo. * A la completa información de su médico en cuanto a diagnóstico 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 estar informado de sus, tanto verbalmente o por escrito, de los servicios que serán proveídos por la agencia, de los cargos, incluyendo pagos por servicios recibidos de otros proveedores involucrados, y cargos de los que usted puede ser responsable. * A que su dolor sea asesorado, evaluado y que su intensidad sea controlada. * Estar informado de la disponibilidad de una línea de queja estatal de cualquier Agencia o de la implementación de las Directivas Anticipadas al 1-888-419-3456, de 8:00 am a 6:00 pm, y para reportar ABUSOS, Negligencia o Explotación, al 1-800-962-2873, 24 horas al día, 7 días a la semana. * 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.*

Date: _____ MR #: _____

HIPAA Privacy Rights

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

Sus Derechos de Privacidad de 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 la Noticia sobre Privacidad** Si usted recibió ese documento electronicamente, tiene el derecho de hacer una copia. Para repasar cualquiera de estos derechos por favor escriba o llame a nuestras oficinas.

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 care givers 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. I have reviewed and understand my responsibilities as described above.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

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

1. Dar información exacta y completa de su salud concerniente a sus enfermedades anteriores, así como también hospitalizaciones, alergias, 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 regimen 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, religión, 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 todas las formas de consentimientos necesarios.
12. Aceptar la responsabilidad si rehusa cualquier parte del tratamiento. He revisado/entendiendo cuáles son mis responsabilidades.

HOME HEALTH AIDE CARE PLAN

PLAN DE CUIDADO DE LA AYUDANTE DE ENFERMERA

Patient Address: _____ Telephone No. _____

Directions to Home: _____

Care Manager: _____ Phone No. _____

Frequency/Duration: _____

Supervisory visits: every 14 days every 30 every 60 Other _____

Patient problem: _____

PARAMETERS TO NOTIFY CARE MANAGER / PARAMETROS A NOTIFICAR

T⁰ _____ BP _____

P _____ R _____

Urine _____

Other (pain) _____

DNR: Yes No

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

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

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

ASSIGNMENT-TAREAS	Every visit	Weekly	Multi-Visits a day only				Other - Otro Comments/Instrucciones Comentarios/Instrucciones	ASSIGNMENT-TAREAS	Every visit	Weekly	Multi-Visits a day only				Other - Otro Comments/Instrucciones Comentarios/Instrucciones
			1	2	3	4					1	2	3	4	
VITALS / VITALES															
Temperature/Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Assist with - Asistir con Ambulation/Ambulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pulse/Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		W/C/Walker/Cane - Silla Rueda/Almador/Baston	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Respirations/Respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Assist with Mobility/asistir con movilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Blood Pressure/Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Chair/Bed/Dangle-Silla/Cama/Oscilar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Weight/Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Commode/Cuña-Pato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pain Rating (0-10 scale)/Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Shower/Tub=Ducha/Bañera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
BATH / BAÑO							ROM Active/Passive-Rango de Mov. Activo/Pasivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tub/Shower-Bañera/Ducha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Arm R/L (Brazos D/I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bath: Bed/Sponge - Baño: Cama/Sponja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Leg R/L (Pies D/I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Partial/Complete-Parcial/Completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Positioning-Encourage / Cambio de Posiciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Assist Bath-Chair - Asistir baño en silla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Assist/assistir _____ hrs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HYGIENE / GROOMING / HIGIENE							Exercise Per - Ejercicios por	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Personal Care/Cuidado Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		PT / OT / SLP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Assist with Dressing/Asistir vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Care Plan/Plan de cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hair Care/Cuidado del cabello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Other (specify)/Otro (especificar):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Shampoo/Champú	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Skin Care/Cuidado de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Foot Care/Cuidado de los pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Check Pressure Areas/Ulceras de presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nail Care/Cuidado de las uñas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Oral Care/Cuidado oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Clean Dentures/Limpiar dentaduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Shave/Afeitar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Other/Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PROCEDURES / PROCEDIMIENTOS								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Assist with Elimination/Asistir eliminación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Catheter Care/Cuidado de catetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ostomy Care/Cuidar ostomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Record Intake/Output-Registro tomar/salida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Inspect/ Reinforce/Inspeccionar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dressing/Vendas (see specifics in comment section/ver comentarios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Medication Reminder/Recordar medicinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Other (specify)/Otro (especificar):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ACTIVITY / ACTIVIDADES								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

DRUG CLASSIFICATIONS

NOTE: CLASSIFICATIONS ARE NOT INCLUSIVE OF ALL SIDE EFFECTS - Reference: MOSBY'S

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

EMERGENCY/DISASTER PLAN FOR HOME HEALTH CARE PATIENTS

(Keep this plan where it can be easily located)

PLAN DE EMERGENCIA/DESASTRE PARA PACIENTES EN SU CASA

(Mantenga este plan en un lugar accesible)

Date/Fecha: _____ Client: _____ MR: _____

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

If caregiver, relationship to patient/Relación: _____

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

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

Name/Nombre: _____ Phone: _____

Address/Dirección: _____

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

Patient's Data/Datos del Paciente:

Allergies: NKA Penicillin Sulfa Aspirin Pollen Iodine **Special needs:** _____

Alergias: Other: _____ Necesidades especiales: _____

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

Comments _____

Comentarios _____

Supplies/DME: Walker W/C Cane Commode Hoyerlift O₂ concentrator Gloves Alcohol Pads

Equipos médicos: Hospital Bed Sharp Container 4x4 Gauze Other: _____

Pharmacy/Phone/Farmacia/teléfono: _____

Address/Dirección: _____

Doctor: _____ phone: _____

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

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

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

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

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

Name/Nombre: _____

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

Name/Nombre: _____ Phone: _____

Address/Dirección: _____

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

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

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

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

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

Go to shelter (voy a Refugio) _____

Shelter address/Dirección

Go to a hospital, if medically necessary _____

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

Type of Transportation/Tipo de transporte: _____

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

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

Signature of Nurse/Firma

Date/Fecha

www.pnsystem.com (Specialized in clinical forms)

GENERAL INSTRUCTIONS TO CLIENT ON USE OF THIS FORM:

This information is provided to you as a quick reference source in case any emergency occurs. Keep this document where it can easily be found. Inform other persons close to you (relative, neighbor, etc.) of its location.

1. Our Agency has a nurse on call 24 hours a day. You can reach the nurse through our phone number (in the cover of the book), After office hours and on weekends an answering service will reach the nurse and he/she will return your call and come to see the client if necessary, or simply answer any questions you may have.
2. In case of a serious medical emergency, the client should be taken to the hospital. Our Agency does not operate as an emergency service, therefore valuable time may be lost by contacting the Agency for a serious emergency such as diabetic coma, severe chest pain, unconsciousness, etc.
3. Ambulance service number is 911.

CLASSIFICATION

(Please circle the correct classification for client)

D1- Category 1

Clients who cannot safely forgo care: highly unstable clients with high probability of inpatient admissions if home care is not provided: IV therapy, highly skilled wound care, with no family/caregiver, life sustaining medication or equipment.

D2-Category 2

Client whose condition recently worsened: moderate level of skilled care. That should be provided that day, but could postpone visit until emergency situation improves. Client with untrained families/caregivers who could provide basic care in an emergency.

D3-Category 3

Client who can safely forgo care or a scheduled visit including Home Health Aide visits, Clients receiving routine supervisory visit, evaluation visits. Client with 1 or 2 visits/ week, or Clients who have a competent family/caregiver.

D4-Category 4

Patient who refused information, or signed the registration release form releasing the Agency from evacuation responsibilities.

INFORMACIÓN GENERAL PARA EL PACIENTE SOBRE ESTE FORMULARIO. Esta información es en caso de una Emergencia. Deben de dejar este formulario en un lugar rápido de encontrar, (Dígale a su familia, Vecinos, etc) donde se encuentra este formulario.

1. Nuestra Agencia tiene un Representante en servicios las 24 hora al día. Usted se puede comunicar con la agencia llamando a nuestro número de teléfono (en la cubierta del libro), después de hora o fin de semana, la agencia llamará a la persona que se encuentre "ON CALL" (de guardia), Esta persona le devolverá la llamada.
2. En caso de una EMERGENCIA, el paciente debe ser llevado(a) al hospital más cercano. Nuestra Agencia No opera como un servicio de Emergencia.
3. Para llamar a a una AMBULANCIA, deben marcar el 911.

CLASIFICACION

(favor de circular la clasificación del paciente)

D1 (category 1)

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

D2 (category 2)

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

D3 (categoria 3)

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

D4 (Categoria 4)

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

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

Client Name: _____
Nombre del Paciente

M.R.#: _____

Date client assessed for vulnerability: _____
Fecha en que el cliente fue evaluado

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

 Signature of individual completing the form
Firma del individual completando la forma

 Date
Fecha

GRIEVANCE PROCEDURES

1. Any person, who believes he or she has been subjected to discrimination, or otherwise denied equitable and fair treatment, may file a grievance under this procedures. The Agency will not retaliate against anyone solely for filing a grievance or cooperation in the investigation of a grievance.
2. Grievances must be submitted to the Agency within thirty (30) days of the date the 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 Patient Service'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.

PROCEDIMIENTOS DE QUERELLAS O QUEJAS

1. Cualquier persona que crea que el o ella ha sido víctima de discriminación o en cualquier otra forma le ha sido negado un tratamiento 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 quince (15) 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.

/ /
Date

Employee's Signature/Firma del Empleado

MR #

MEDICARE SECONDARY PAYER QUESTIONNAIRE

Patient's Name: _____ Med. Rec. No.: _____

1. Is the patient covered by Veterans Administration, Blank Lung, or Workers Compensation? *Paciente cubierto por la Administración de Veteranos* Yes No
 - A. Date of Workers Compensation Accident? _____
Fecha del accidente
2. Was illness due to an injury? Yes No *La enfermedad se debe a un golpe/accidente*
 - A. Date of Accident? _____ / _____ / _____ *Fecha del accidente*
 - B. What type of accident caused illness/injury? If fall, explain in detail. *Explique tipo de accidente, si fue una caída explique detalladamente.*

 - C. Is the patient filing or intending to file a liability suit? Yes No *Hará el paciente una demanda? Escriba el nombre del abogado.*
If yes, give name, address and telephone number of attorney?
Name of the attorney: _____
Address: _____
Telephone No.: _____
3. Is the patient employed (Medicare disabled beneficiaries under age 65 or Medicare beneficiaries over 65) and covered by a group health plan? Yes No
El paciente trabaja, o está cubierto por un seguro de grupo.
 - A. Date of retirement: _____ / _____ *Fecha del retiro*
 - B. Is the patient married? Yes No *Casado*
 - C. Is the spouse employed? Yes No *Esposa/o trabaja*
 - D. Does the spouse have group coverage? Yes No *El esposo/a tiene seguro*
 - E. Does the patient have coverage through a spouse, parent or guardian's employer group health plan? Yes No *Tiene el paciente seguro a travez de la esposa, padres or guardian.*
 - F. If you answered yes to either 3, 3D, 3E you will need to fill out the information below: *(Si es aplicable, llene los datos de la Compañía de Seguro)*

Insurance Company: _____
Address: _____
Policy/Certification Number: _____
Group Name: _____
Group Number: _____
4. Is the patient entitled to benefits solely on the basis of end state renal disease?
 Yes No *El paciente recibe los beneficios, solo por problemas renales.*
 - A. Has the patient been undergoing kidney dialysis for more than 12 months? Yes No *El paciente está en dialysis por más de 12 meses.*

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

_____ Date: _____

Remarks: _____

Name (Claimant) (Print or Type)	Social Security Number - -
Wage Earner (If Different)	Social Security Number - -

Part I APPOINTMENT OF REPRESENTATIVE

I appoint this person, _____
(Name and Address)

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

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

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

- I authorize the Social Security Administration to release information about my pending claim(s) or asserted right(s) to designated associates who perform administrative duties (e.g. clerks), partners, and/or parties under contractual arrangements (e.g. copying services) for or with my representative.
 I appoint, or I now have, more than one representative. My main representative is _____

(Name of Principal Representative)

Signature (Claimant)	Address	
Telephone Number (with Area Code) () -	Fax Number (with Area Code) () -	Date

Part II ACCEPTANCE OF APPOINTMENT

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

- Check one: I am an attorney. I am a non-attorney who is participating in the direct fee payment demonstration project.
 I am a non-attorney. I am not participating in the direct fee payment demonstration project.

I have been disbarred or suspended from a court or bar to which I was previously admitted to practice as an attorney. Yes No

I have been disqualified from participating in or appearing before a Federal program or agency. Yes No

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

Signature (Representative)	Address	
Telephone Number (with Area Code) () -	Fax Number (with Area Code) () -	Date

Part III (Optional) WAIVER OF FEE

I waive my right to charge and collect a fee under sections 206 and 1631(d)(2) of the Social Security Act. I release my client (the claimant) from any obligations, contractual or otherwise, which may be owed to me for services I have provided in connection with my client's claim(s) or asserted right(s).

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

**Part IV (Optional) WAIVER OF DIRECT PAYMENT
by Attorney or Non-Attorney Eligible to Receive Direct Payment**

I waive only my right to direct payment of a fee from the withheld past-due retirement, survivors, disability insurance or supplemental security income benefits of my client (the claimant). I do not waive my right to request fee approval and to collect a fee directly from my client or a third party.

Signature (Representative Waiving Direct Payment)	Date
---	------

CLIENT INFORMATION HANDBOOK TABLE OF CONTENTS

	ENGLISH
Welcome letter	Inside Front Cover
Agency's Regular Business Hours	Inside Front Cover
Protection from Abuse, Neglect and/or Exploitation / Complaints	Inside Front Cover
Our staff information	Inside Front Cover
Table of Contents (Index)	Page 1
Home Health Care Definitions	Page 2
Home Health Disciplines	Page 2
Hours of Operation and Emergency Services	Page 3
Information to Persons with Sensory Impairments	Page 3
Ethics Issues Importance	Page 3
Non-Discrimination (The Law)	Page 3
Confidentiality	Page 3
Diminished Vision Rehabilitation	Page 4
Patient's Rights, Complaints, Grievance	Page 4
Patient responsibility	Page 4
Language Assistance Services	Page 4
Face to Face requirement	Page 4
Minimum Charge for our services	Page 4
Home Care National Patient Safety Goals	Page 4
Fraud Prevention	Page 4
Services	Page 4
Eligibility Criteria for Admission	Page 5
Notice of Medicare Provider Non-Coverage (If any)	Page 5
The Home Health Aide	Page 5
Information regarding the disposal of Biohazardous Waste	Page 5
Home Care and Alzheimer's	Page 5
What I Have to know about the Medications Safety	Page 6
Who is responsible for your Medicines?	Page 6
Oxygen Safety at Home	Page 6
Take care of yourself / Take care of your Diabetes	Page 6
Pain Management	Page 6
Precautions to Prevent Falls	Page 6
Medical Devices, Home Medical Equipment precautions	Page 7
Help prevent Errors in your care, be Involved	Page 7
Basic Safety Guidelines: Home Environment	Page 7
Home Safety and Emergency Exit Plan	Page 7
Smoke Detectors	Page 7
What you can do to prevent Infections	Page 8
Infection Control Procedures	Page 8
Get Shots to avoid diseases and fight the spread of Infections	Page 8
Staff Universal/Standard precautions procedures	Page 8
Respiratory Hygiene Practices	Page 8
Policy on Advance Directives	Page 9
Information on Advance Directives (The Patient's rights to decide)	Page 9
Notice of Privacy Practices (HIPAA)	Page 10, 11
Hospitalization Risk Management	Page 11
Understand your Doctor and another caregivers	Page 11
OASIS Statement of Patient Privacy Rights	Page 12, 13, 14
Hurricane Emergency Instructions for People with Special Needs	Inside Back Cover
Resources Guide	Inside Back Cover

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

SPANISH Index

Page 15

DEFINITIONS

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

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

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

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

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

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

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

HOME HEALTH DISCIPLINES:

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

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

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

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

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

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

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

CAPABILITIES

Our Agency believes in the healing benefits of patients receiving treatments in the comfort of their own home, most patients who meet this criteria for Home Care can be treated cost-effectively while achieving psychological and sociological benefits of in-home treatments.

Our QUALITY ASSURANCE PROGRAM is designated to systematically monitor, measure, and evaluate care standards, appropriateness of care and services provided to assure clients with the highest possible level of service. We strive to provide exceptional Home Health Care from start to finish, emphasizing a personal touch approach that enhances the care experience. No task is too small or large for our nurses, therapists and home health aides who are highly skilled, carefully screened and compassionate. We take extreme care in our professional affiliations, employee Recruiting, Training and Certification, Background Screening, Physician Consultations, thus providing you with the best possible Home Care experience. That's why every service we provide is supervised by our professionals and administered from the initial consultation to recovery or treatment completion.

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

HOURS OF OPERATION AND EMERGENCY SERVICES

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

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

INFORMATION TO PERSONS WITH SENSORY IMPAIRMENTS

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

For Persons With Hearing Impairments: The Agency will 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. Tallahassee, FL 32399
Voice: 850-245-4913 Toll Free Voice: 866-602-3275 TTY: 850-245-4914 Toll Free TTY: 866-602-3276

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

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

ETHICS ISSUES IMPORTANCE

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

NON-DISCRIMINATION POLICY

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

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

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

CONFIDENTIALITY

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

DIMINISHED VISION REHABILITATION

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

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

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

PATIENT'S RIGHTS, COMPLAINTS, GRIEVANCE

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

PATIENT RESPONSIBILITY

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

LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES

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

FACE TO FACE REQUIREMENT

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

MINIMUM CHARGES FOR OUR SERVICES

Charge are per visits:

RN, Therapist, Social Worker: \$100.00, LPN: \$95.00, HHA: \$65.00

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

HOME CARE NATIONAL PATIENT SAFETY GOALS

* Improve the accuracy of patient identification * Reduce the risk of healthcare associated infections * Accurately and completely reconcile medications across the continuum of care * Reduce the risk of patient harm resulting from falls. * The organization identifies safety risks inherent in its patient population.

FRAUD PREVENTION

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

SERVICES

This Agency can provide a 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.

ELIGIBILITY CRITERIA FOR ADMISSION

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

NOTICE OF MEDICARE PROVIDER NON-COVERAGE (IF ANY)

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

THE HOME HEALTH AIDE

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

The Home Health Aide MUST perform personal care:

1. Bath, sponge or shower
2. Shampoo
3. Skin care
4. Make patient's bed only

Additional duties which may be included at each visit: Personal undergarments only: i.e. nightgowns and pajamas, Straighten bathroom- Clean tub and sink, Ambulation if requested by nurse or therapist, Meal preparation-One light meal of sandwiches, salad or soup. Aide will wash dishes associated with this meal.

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

INFORMATION REGARDING THE DISPOSAL OF BIOHAZARDOUS WASTE

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

HOME CARE AND ALZHEIMER'S

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

WHAT I HAVE TO KNOW ABOUT THE MEDICATIONS SAFETY

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

WHO IS RESPONSIBLE FOR YOUR MEDICINES?

A lot of people-including you!

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

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

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

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

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

OXYGEN SAFETY AT HOME

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

TAKE CARE OF YOURSELF / TAKE CARE OF YOUR DIABETES

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

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

PAIN MANAGEMENT

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

PRECAUTIONS TO PREVENT FALLS

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

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

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

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

MEDICAL DEVICES, HOME MEDICAL EQUIPMENT PRECAUTIONS

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

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

HELP PREVENT ERRORS IN YOUR CARE, BE INVOLVED

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

BASIC SAFETY GUIDELINES: HOME ENVIRONMENT

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

POST FIRE AND OTHER EMERGENCY NUMBERS ON OR BY THE TELEPHONE

HOME SAFETY AND EMERGENCY EXIT PLAN

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

* Once a fire starts, it spreads quickly and there may be a great deal of confusion, it is important for everyone to know what to do.
* Develop emergency exit plan * Choose meeting place outside your home to be sure everyone has exited safely. * Practice the plan to ensure that everyone can escape quickly and safely. **ALL HOME AREAS:** Check all areas of your home for any frayed cords, check all electrical and telephone cords; remove rugs, runners and mats which can cause falls. Check all smoke detectors, electrical outlets and switches to ensure they are in good working condition. Practice your emergency exit plan with all members of your household. **RECOMMENDATIONS:** * Arrange furniture so that outlets are near lamps & appliances. * Minimize the use of extension cords. If used, extension cords/telephone cords should always be placed on floor against wall to avoid tripping over them. Furniture resting on cords, nails and staples can cause damage and create fire and shock hazards. Electric cords which run under carpeting may cause a fire. Remove cords, nails and staples from under furniture and carpeting, check for damaged wiring. Use tape to attach cords to walls/floors. * If an extension cord is needed, use one having sufficient amp or wattage rating. * If the rating on a cord is exceeded because of the power requirements of one/more appliances being used on the cord, change cord to higher rated one or unplug some appliances. **DO NOT USE FRAYED CORDS!** **BEDROOM AREAS: RECOMMENDATIONS:** Are lamps/switches within reach of each enable bed? * Lamps/switches should be located close each 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 located away from beds/bedding? * Burns are a leading cause of death smoking in bed is a major potential fire sources (hot plates, teapots, etc.) contributor to this problem. Never smoke in bed. * Remove any possible source of heat/flames from areas around beds.

SMOKE DETECTORS QUESTIONS Are smoke detectors properly located? **RECOMMENDATIONS:** There should be a smoke detector located on every floor of your home. Follow manufacturer's instructions/advice for the best place to install your device. Place detectors near ceiling or 6-12 inches below ceiling on the wall. Smoke detectors should be placed away from air vents. Fire injuries and deaths are often caused by smoke and toxic gases, rather than by the fire itself. Smoke detectors provide early warning in the event of a fire. If you are unable to purchase a fire detector, some fire departments and/or local governments will provide assistance in acquiring and installing smoke detectors. Purchase a smoke detector if you do not have one, or call your local fire department for further information. Check and replace batteries and bulbs as directed by manufacturer. Replace any detector that an not be repaired. Vacuum the grillwork of your smoke detector.

WHAT YOU CAN DO TO PREVENT INFECTIONS

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

INFECTION CONTROL PROCEDURES

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

GET SHOTS TO AVOID DISEASES AND FIGHT THE SPREAD OF INFECTIONS

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

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

STAFF UNIVERSAL / STANDARD PRECAUTIONS PROCEDURES

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

RESPIRATORY HYGIENE PRACTICES

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

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

POLICY ON ADVANCE DIRECTIVES

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

POLICY:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (HIPAA)

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

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

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

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

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

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

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

Ask us to correct your medical record: You can ask us to correct health information about you that you think is incorrect or incomplete. Ask us how to do this. We may say “no” to your request, but we’ll tell you why in writing within 60 days.

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

Ask us to limit what we use or share: You can ask us not to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations. We are not required to agree to your request, and we may say “no” if it would affect your care. If you pay for a service or health care item out-of-pocket in full, you can ask us not to share that information for the purpose of payment or our operations with your health insurer. We will say “yes” unless a law requires us to share that information.

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

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

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

File a complaint if you feel your rights are violated: You can complain if you feel we have violated your rights by contacting us. You can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. We will not retaliate against you for filing a complaint.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

For more information see: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (HIPAA) (continuation)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITALIZATION RISK MANAGEMENT

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

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

UNDERSTAND YOUR DOCTOR AND ANOTHER CAREGIVERS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

You may be asked to tell us information about yourself so that we will know which home health services will be best for you.

We keep anything we learn about you confidential.

This means, only those who are legally authorized to know, or who have a medical need to know, will see your personal health information.

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

We may need your help in collecting your health information.

If you choose not to answer, we will fill in the information as best we can.

You do not have to answer every question to get services.

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

- We know how important it is that the information we collect about you is correct. If you think we made a mistake, ask us to correct it.

- If you are not satisfied with our response, you can ask the Centers for Medicare & Medicaid Services, the federal Medicare and Medicaid agency, to correct your information.

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

This is a Medicare & Medicaid Approved Notice.



PRIVACY ACT STATEMENT - HEALTH CARE RECORDS

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

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

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

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

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

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

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

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

III. ROUTINE USES

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

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

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

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

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

CONTACT INFORMATION

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

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

Home Health Agency Outcome and Assessment Information Set (OASIS)

NOTICE ABOUT PRIVACY **For Patients Who Do Not Have Medicare** **or Medicaid Coverage**

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

This is a Medicare & Medicaid Approved Notice.



MANUAL DE INFORMACION AL PACIENTE TABLA DE CONTENIDO

	ESPAÑOL
Carta de Bienvenida	Cubierta Interior
Horas regulares de Negocio de la Agencia	Cubierta Interior
Protección de Abuso, Negligencia o Explotación, Quejas	Cubierta Interior
Información sobre nuestros Empleados	Cubierta Interior
Tabla de Contenido (Indice)	Page 15
Definiciones del Cuidado de la Salud a Domicilio	Page 16
Disciplinas del cuidado de la salud a domicilio	Page 16
Horario de Operación y Servicio de Emergencia	Page 17
Información para pacientes con limitaciones sensoriales	Page 17
Importancia de la Etica	Page 17
No Discriminación (La Ley)	Page 17
Confidencialidad	Page 17
Rehabilitación de la Vision Disminuida	Page 18
Derechos de los Pacientes, Quejas y Sugerencias	Page 18
Responsabilidades de los Pacientes	Page 18
Servicio de Asistencia de Lenguaje	Page 18
Requerimiento Cara a Cara	Page 18
Mínimo Cargo por nuestros servicios	Page 18
Metas Nacionales para la Seguridad del Paciente	Page 18
Prevención de Fraude	Page 18
Servicios	Page 18
Requisitos de Admisión	Page 19
Aviso de No Cobertura por el Proveedor de Medicare (Si Existe)	Page 19
La Asistente de Enfermera en la Casa	Page 19
Información sobre retiro de desechos biológicos	Page 19
Alzheimer's y el cuidado de la salud a domicilio	Page 19
Que debo saber sobre seguridad de Medicamentos	Page 20
Quien es responsable de sus Medicamentos?	Page 20
Medidas de Seguridad con el Oxígeno	Page 20
Cuidese y Cuide su Diabetes	Page 20
Manejo del Dolor	Page 20
Precauciones para Evitar Caídas	Page 20
Precauciones con Dispositivos y Equipos Médicos	Page 21
Ayude a prevenir errores en el Cuidado que recibe	Page 21
Reglas Básicas de Seguridad En el Hogar	Page 21
Plan de Emergencia/Seguridad del Hogar/Plan de Salida de Emergencia	Page 21
Detectores de Humo	Page 21
Que puede hacer para evitar infecciones	Page 22
Procedimiento para el Control de Infecciones	Page 22
Vacúnese para evitar enfermedades y que se extiendan las Infecciones	Page 22
Precauciones Universales para nuestros empleados	Page 22
Prácticas de Higiene Respiratoria	Page 22
Poliza sobre Directivas Anticipadas	Page 22
Instrucciones por adelantado referente a la Atención Médica	Page 22
Noticia Sobre Prácticas de Privacidad (HIPAA)	Page 23 24
Manejo de Riesgos de Hospitalización	Page 25
Como comprender a los Médicos y los demás profesionales de salud	Page 25
OASIS Declaración de Derechos de Privacidad de los pacientes	Page 26, 27 28
Instrucciones en caso de Emergencia de Huracán	Interior de la Cubierta
Guia de Recursos	Trasera

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

ENGLISH Index

Page 1

DEFINICIONES

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

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

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

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

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

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

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

DISCIPLINAS DE UNA AGENCIA DEL CUIDADO DE LA SALUD A DOMICILIO:

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

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

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

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

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

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

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

CAPACIDADES:

Nuestra Agencia cree en las ventajas que los pacientes reciben al ser tratados en la comodidad de su propio hogar, la mayoría de los pacientes que reúnen los requisitos para el cuidado en el hogar, pueden ser tratados con un menor costo económico mientras se logra el tratamiento psicológico y sociológico en sus propios hogares.

NUESTRO PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD está diseñado para monitorear y evaluar sistemáticamente los niveles de calidad de nuestros cuidados, para asegurar que los clientes tengan el nivel más alto posible de servicios. Nos esforzamos por mantener un personal calificado que esté dispuesto a lograr los objetivos del plan de tratamiento de cada paciente. Así que cuando escogemos nuestro personal no solo buscamos enfermeros que muestren bondad, se hallan chequeado sus capacidades y compasión, sino además que estén dispuestos a cumplir con el programa de cuidados de cada paciente. Tenemos mucho cuidado con nuestras afiliaciones, entrenamientos, certificaciones, chequeo de records. Es por eso que cada servicio que proveemos es supervisado por nuestros profesionales y administrado desde la consulta inicial hasta la recuperación del paciente o la terminación del tratamiento.

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

HORARIO DE OPERACION Y SERVICIO DE EMERGENCIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

INFORMACIÓN PARA PACIENTES CON LIMITACIONES SENSORIALES

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

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

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

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

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

IMPORTANCIA DE LA ETICA

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

POLIZA DE NO DISCRIMINACION

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

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

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

CONFIDENCIALIDAD

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

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

REHABILITACIÓN DE LA VISIÓN DISMINUIDA

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

DERECHOS DE LOS PACIENTES, QUEJAS Y SUGERENCIAS

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

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

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

SERVICIOS DE ASISTENCIA DE LENGUAJE

Usted tiene el derecho de recibir cuidado en su propia lengua. Este servicio es 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.

REQUERIMIENTO CARA A CARA

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

MINIMO CARGO POR NUESTROS SERVICIOS

Los Cargos son por visita:

Enfermera, Terapeuta, Trabajador Social: \$100.00, Enfermera Licenciada: \$95.00, Auxiliar de Enfermera: \$65.00

Estos cargos pueden variar de acuerdo al Seguro Privado, Co-pagos, Opción de pago Personal (Pregúntele a la enfermera o terapeuta que lo admite, que le explique la Sección Uno y Dos del Acuerdo de Servicio para más información sobre cargos)

METAS NACIONALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

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

PREVENCION DE FRAUDE

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

SERVICIOS

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

REQUISITOS DE ADMISION

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

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

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

LA ASISTENTE DE ENFERMERA EN LA CASA

La asistente de enfermeras es una empleada que ha sido específicamente entrenada a proveer cuidado personal y servicios relacionados con el paciente. Para poder recibir una asistente, usted debe recibir los servicios de una enfermera registrada, una terapeuta física o de una terapeuta para problemas en el habla. La asistente de enfermera de casa debe **REALIZAR** cuidado personal: Baño de esponja o ducha, Lavado de cabeza o cabello, Cuidado de la piel, Afeitar al paciente, Hacerle o cambiarle la ropa de cama, Deberes adicionales que **pueden ser incluidos** con cada visita: Lavado de la ropa como: ropa interior, ropa de dormir, Organizar el baño, limpiar bañadera y lavamano, Caminar al paciente si es requerido por la enfermera o terapeuta, Preparación de comida, una comida breve de emparedado o sandwich, ensalada o sopa. Asistente lavará los platos que tenga que ver con la preparación de esta comida.

LABORES **NO INCLUIDAS** EN LOS SERVICIOS

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

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

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

INFORMACION SOBRE RETIRO DE DESECHOS BIOLÓGICOS

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

ALZHEIMER'S Y EL CUIDADO DE LA SALUD A DOMICILIO

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

QUÉ DEBO SABER SOBRE SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS

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

¿QUIÉN ES RESPONSABLE DE SUS MEDICAMENTOS?

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

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

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

MEDIDAS DE SEGURIDAD CON EL OXÍGENO

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

GUIDESE Y GUIDE SU DIABETES

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

MANEJO DEL DOLOR

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

PRECAUCIONES PARA EVITAR CAIDAS

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

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

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

PRECAUCIONES CON DISPOSITIVOS Y EQUIPOS MEDICOS

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

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

AYUDE A PREVENIR ERRORES EN EL CUIDADO QUE RECIBE

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

REGLAS BASICA DE SEGURIDAD: EN EL HOGAR

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

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

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

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

QUE PUEDE HACER PARA PREVENIR INFECCIONES

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

PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE INFECCIONES

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

VACÚNESE PARA EVITAR ENFERMEDADES Y QUE SE EXTIENDAN LAS INFECCIONES

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

PRECAUCIONES UNIVERSALES PARA NUESTROS EMPLEADOS

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

PRACTICAS DE HIGIENE RESPIRATORIA

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

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

POLIZA SOBRE DIRECTIVAS ANTICIPADAS

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

POLIZA:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTICIA SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)

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

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

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

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

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

Sus Derechos: Cuando se trata de la información de salud usted tiene ciertos derechos. Esta sección le explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo. **Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico:** Usted puede obtener copias electrónicas o en papel de su historia clínica y alguna otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos como hacerlo. Nosotros le proveeremos una copia o sumario de su información de salud, usualmente 30 días después de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo. **Consúltenos para corregir su expediente médico:** Usted puede pedir que corrijamos la información médica que usted cree que es incorrecta/incompleta. Pregúntenos como hacerlo. Podemos decir “no” a su solicitud, pero le diremos la razón por escrito dentro de 60 días. **Solicitar comunicaciones confidenciales:** Usted puede solicitar que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, por el teléfono de su casa u oficina) o enviar carta a una dirección diferente. Nosotros le diremos “sí” a toda solicitud razonable. **Consúltenos para limitar lo que usamos o compartimos:** Puede que no utilicemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podríamos decir “no” si afectara su cuidado. Si usted paga por un servicio o artículo médico de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos no compartir esa información con el propósito de pago o de nuestras operaciones con usted, a su seguro. Nosotros diremos “sí” a menos que una ley nos obligue a compartir esa información. **Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido la información:** Usted puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud por seis años antes de la fecha en que hizo la solicitud, que compartimos con y por qué. Nosotros incluiremos todas las declaraciones con excepción de aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras ciertas declaraciones (tal como cualquiera que nos pida que haga). Nosotros le podemos ofrecer una contabilidad de forma gratuita, pero se cobrará una tarifa razonable basada en el costo si pide otra dentro de los 12 meses. **Obtenga una copia de este aviso de privacidad:** Usted puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento. Nosotros le proporcionaremos una copia en papel en la admisión. **Elija a alguien que actúe en su nombre:** Si usted ha dado a alguien poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tiene la autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción. **Presentar una queja si considera que sus derechos han sido violados:** Usted puede presentar una queja si siente que nosotros hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros. Puede presentar una queja ante la Oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU para los Derechos Civiles enviando una carta a: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. **Nosotros no vamos a tomar represalias contra usted por presentar una queja.**

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

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

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

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

www.pnsystem.com

page 24

NOTICIA SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA) (continuación)

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

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

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

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

información sobre su salud con organizaciones de adquisición de órganos. **Trabajar con un médico forense o director de la funeraria:**

Podemos compartir información de salud con un juez de instrucción, médico forense, o el director de funeraria cuando una persona muere.

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

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

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

Para más información ver: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

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

MANEJO DE LOS RIESGOS DE HOSPITALIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Nosotro 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 INFORMACION 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.		

Declaración del Acta de Privacidad -Archivos del cuidado de la Salud.

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, 1871, 1891(b) del Acta del Seguro Social.

Las agencias de servicios de salud en el hogar participantes de Medicare y Medicaid deben realizar una evaluación completa que refleje exactamente el estado de su salud actual e incluir la información que puede ser usada para demostrar su progreso hacia sus metas de salud. La agencia de servicios de salud en el hogar debe usar el "Conjunto de información de Evaluación y Resultados" (OASIS) al evaluar su salud. Para hacer esto, la agencia debe obtener información de cada paciente. Esta información es usada por la Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en 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 de servicios de salud en el hogar. 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 de Servicios de Salud en el Hogar" (OASIS de la HHA). Usted tiene el derecho a ver, revisar, y pedir la corrección de su información que se encuentra en el sistema de archivos OASIS de la Agencia de Servicios de Salud en Hogar.

II. Propósito Principal Para el Que se Intenta Usar Su Información

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

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

III. Usos de Rutina

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

**Agencia de Servicios de Salud en el Hogar
Conjunto de 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 en el hogar de calidad.
- Nosotros necesitamos hacerle preguntas porque la ley requiere que recolectemos la información relacionada a su salud para asegurar que usted obtiene servicios para el cuidado de la salud de calidad.
- Nosotros haremos su información anónima. De ese modo, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, la agencia Federal que supervisa esta agencia de servicios de salud en el hogar, no puede saber que esa información le corresponde a usted.
- Nosotros mantenemos todo lo que sabemos sobre usted en forma confidencial.



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

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 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.

INSTRUCCIONES EN CASO DE EMERGENCIA DE HURACAN PARA PERSONAS CON NECESIDADES

REGISTRESE CON LA OFICINA DE EMERGENCIA AL (305) 468-5400 (EN EL CONDADO 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.

RESOURCE GUIDES / GUIA DE RECURSOS

EMERGENCY/EMERGENCIAS		911
HURRICANE/HURACANES		305-468-5900, 311
NON-EMERGENCY HELP/ AYUDA BOMBEROS		786-331-5000
WATER EMERGENCY (24 hrs)/AGUA EMERGENCIA		305-274-9272
WATER SERVICES/AGUA SERVICIO CLIENTE		305-665-7477
COUNTY HEALTHCARE/SALUD CONDADO		305-375-5444
AMERICAN CANCER SOCIETY/SOCIEDAD CANCER		305-594-4363
CATHOLIC COMMUNITY SERVICES		305-754-2444
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		Call 411
MEDICARE CONSUMER HELP LINE		1-800-633-4227
MIAMI-DADE COUNTY (CATHOLIC CHARITIES)		305-751-5203
LITTLE HAVANA ACTIVITY CENTER		305-858-2610
CRIME AGAINST THE ELDERLY PROGRAM		Call 411
ELDERLY ABUSE / ABUSOS	1-800-96-ABUSE	1-800-962-2873
AHCA Hot Line / Quejas		1-888-419-3456
Patient's Safety / Seguridad del Paciente (Joint Commission)	1-800-994-6610	1-630-792-5000
CHAP Hotline (Línea de CHAP)		1-800-656-9656
Accreditation Commission for Health Care, Inc. (ACHC)		919-785-1214
CATHOLIC SERVICES		305-822-2380
LEGAL AIDE SOCIETY		305-579-5733
LEGAL SERVICES OR GREATER MIAMI		305-576-0080
METROBUS		305-770-3131
Florida Medivan Ambulance/Ambulancia		305-636-5500
MERCY HOSPITAL TRANSPORTATION		305-285-2955
AMERICAN MEDICAL RESPONSE		305-718-6400
ATS RESERVATIONS		305-264-9000
AIDS HOTLINE		1-800-FLA-AIDS
Miami Dade Health Department HIV or AIDS surveillance unit		305-470-6999
MIAMI DADE HOUSING		786-469-4100
ELDER CARE		305-477-0440
UNITED HOME CARE		305-477-0440
NON-EMERGENCY ASSISTANCE		311
MIAMI DADE HEALTH DEPARTMENT		305-324-2400

OFFICE HOURS / HORAS DE OFICINA:

Open Monday - Friday / Abrimos de Lunes a Viernes
9:00 AM - 5:00 PM

AHCA HOME HEALTH HOTLINE

Monday - Friday (Lunes- Viernes) 8:00 am - 6:00 pm

To Report a Complaint regarding the services you receive, Report suspected Medicaid fraud, Information for local Agencies, or implementation of the Advanced Directives, call toll free number:
Para reportar una Queja del Servicio que recibe, reportar sospecha de fraude al Medicaid, información sobre Agencias locales, o en la implementación de las Directivas Anticipadas, llame gratis a:

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

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

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

ABUSE REGISTRY (Abusos)

Toll free number (llame gratis)

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

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

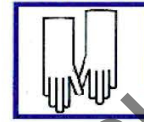
Emergency/Emergencia: 911

Universal Precautions

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



1. Hands should be washed BEFORE and AFTER patient care



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



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



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



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

With all your Home Care needs

SPEAK UP

Safety Concerns, Suggestion, and Complaints

Please Call (305) 403-2065

Consumer Hotline

The Joint Commission 1 (800) 994-6610

HABLE

Preocupaciones de Seguridad, Sugerencias
y Quejas

(305) 403-2065

Línea para el Consumidor

The Joint Commission 1 (800) 994-6610

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

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

