YOUR AGENCY NAME

CLIENT INFORMATION HANDBOOK

(TABLE OF CONTENTS)

SECTION	LOCATION
Welcome Letter	Inside Front Cover
Agency Regular Business Hours	Inside Front Cover
Protection from Abuse, Neglect, 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
Tips to Reach Maximum Independence	Page 2
Hours of Operation & Emergency Services	Page 3
Information for Persons with Sensory Impairments	Page 3
Ethics Issues	Page 3
Non-Discrimination Policy	Page 3
Confidentiality	Page 3
Diminished Vision Rehabilitation / Flu Information	Page 4
Patient Rights, Complaints & Grievances	Page 4
Language Assistance Services	Page 4
Face-to-Face Requirement	Page 4
Minimum Charges for Our Services	Page 4
Home Care National Patient Safety Goals	Page 4
Fraud Prevention	Page 4
Services	Page 5
Eligibility Criteria for Admission	Page 5
Notice of Medicare Provider Non-Coverage	Page 5
The Home Health Aide	Page 5
Disposal of Biohazardous Waste	Page 5
Home Care and Alzheimer's	Page 6
Medication Safety	Page 6
Who Is Responsible for Your Medications?	Page 6
Oxygen Safety at Home	Page 6
Take Care of Yourself / Diabetes Care	Page 6
Pain Management	Page 6
Precautions to Prevent Falls	Page 7
Medical Devices & Equipment Precautions	Page 7
Help Prevent Errors in Your Care	Page 7
Basic Safety Guidelines: Home Environment	Page 7
Home Safety & Emergency Exit Plan	Page 7
Smoke Detectors	Page 8
Preventing Infections	Page 8
Infection Control Procedures	Page 8
Vaccinations & Disease Prevention	Page 8
Staff Universal / Standard Precautions	Page 8
Respiratory Hygiene Practices	Page 9
Policy on Advance Directives	Page 9
Information on Advance Directives	Pages 10–11
Notice of Privacy Practices (HIPAA)	Page 11
Hospitalization Risk Management	Page 11
Understanding Your Doctor & Caregivers	Page 11
OASIS Statement of Patient Privacy Rights, Artificial Intelligence Disclosure	Pages 12-13-14
Anti-Coagulants, Complaints / Transfer-Discharge Policy / Patient Rights & Responsibilities	Pages 15-19
Family Communication Log / Opioid Instructions	Page 20
Emergency Instructions for Special Needs	Inside Back Cover
Resources Guide	Inside Back Cover

SAMPLE

(All admission forms and consents are located between the English and Spanish Patient Information Handbook sections.)

DEFINITIONS & DISCIPLINES

DEFINITIONS

Administrator: A licensed physician, registered nurse, or individual who holds an undergraduate degree and has experience in health service administration, with at least one year of supervisory or administrative experience in home health care or a related health care program, and who is responsible for overseeing all of the Agency's activities.

Admission: A decision by the home health agency, during or after an evaluation visit to the patient's home, that there is a 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: An elderly, handicapped, or convalescent individual who receives skilled or non-skilled home health, companion, or homemaker services in the individual's home or place of residence.

Director of Nursing: A registered nurse who has at least one year of supervisory experience as a registered nurse and who is responsible for overseeing the professional nursing and home health aide delivery of services of the Agency.

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

Home Health Agency (HHA), also referred to as the Agency: An organization that provides home health services and staffing services.

Home Health Agency Personnel: 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 during the course of their employment or contract.

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

HOME HEALTH DISCIPLINES

Skilled Nursing Services: Our team of nurses has been thoroughly screened and trained to meet the challenges of day-to-day activities and is required to attend continuing education classes to stay up to date with the latest changes, discoveries, and treatments in the medical and nursing field. Our nurses provide services for wound care management, cardiac care, post-operative care, parenteral and enteral nutrition therapy, diagnosis teaching and instructions, safety measures and precautions, instructions on medication regimen, high-tech IV therapy and infusion, respite care, diabetic care management, and more.

Aide Services: Home Health Aides provide personal care to our patients under the supervision of a Registered Nurse or Registered Therapist. Home Health Aides provide personal care, assistance with bathing, preparation and serving of light meals, light housekeeping, assistance with ADLs, assistance with ambulation and transfers, assistance with self-administration of medications, and companionship.

Skilled Therapy Services: Our highly skilled therapists evaluate each patient's physical impairments and functional limitations and establish a care plan in coordination with the patient's physician to achieve optimal rehabilitation outcomes. Our therapists can offer physical therapy services to assist in restoring and maintaining maximum musculoskeletal function. From hip fractures to sprains, to patients with unsteady gait, our therapists specialize in helping patients restore confidence in their ability to ambulate 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 explore opportunities available through a variety of community resources designed to assist the elderly with personal concerns, alleviating anxieties and psychological traumas.

SAMPLE

Quality Assurance / Performance Improvement (QAPI) Program:

Our QAPI Program is designed to systematically monitor, measure, and evaluate care standards, appropriateness of care, and services provided to assure clients receive the highest possible level of service. That is 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 rendered to the total population of our service area, regardless of the recipient's race, sexual orientation, religion, age, sex, disabilities, ethnic or cultural background, or national origin.

PATIENT EDUCATIONAL TIPS: HOW TO REACH MAXIMUM INDEPENDENCE

Tips for Patients: Try to make at least minor decisions for yourself. Make sure that you know your rights as an individual, such as when to bathe, eat, have visitors, and more. Try to do as much for yourself as possible when it comes to picking out clothes, deciding what activities to do, and trying to dress yourself. Request to be viewed as an individual, including what you like and dislike, by being allowed to do as much as you can for yourself and by having staff and family offer choices. Request to be allowed to speak, not be spoken over, and to be respected for your possible different cultures and beliefs. Try reassessing guidelines for each of you on a regular basis to ensure any changes are monitored, such as medications, as this can affect you or your health. Try to participate in activities that you can carry out, such as helping with shopping, writing letters, or making calls.

In many situations, social services are needed by adults who are receiving home health services. Our nurses or therapists may request orders for social services from your physician. In addition to these referrals, a request for social services may be initiated by you or by another individual acting on your behalf. The social worker is responsible for providing the indicated services or for referral to the appropriate resource outside our Agency if the services are not available within our scope of services.

Among the services provided by the social worker are: services that enable individuals to attain and/or maintain the best possible physical and mental health; services to assist patients who are receiving care outside their own homes in planning for and returning to their own homes or to alternate care; services to encourage the development and maintenance of family and community interest and ties; services to promote maximum independence in the management of their own affairs; protective services, including evaluation of need for and arranging for guardianship; and appropriate family planning services, which include assisting the family in acquiring means, food, or other needed resources. Services are offered in making the necessary referral and follow-up.

HOURS OF OPERATION, EMERGENCY SERVICES & AGENCY POLICIES

HOURS OF OPERATION AND EMERGENCY SERVICES

All clients and caregivers are provided with information regarding Agency service hours and emergency staff access. The Agency provides qualified personnel for emergency response and troubleshooting related to services provided to clients and caregivers.

Emergency Response Procedures:

1. During the initial visit, clients and caregivers receive an Agency business card and telephone number and are educated regarding the Agency's twenty-four (24) hour, seven (7) day per week availability of home care staff.

2. Telephone calls may be made during regular office business hours, Monday through Friday, to reach office personnel.
   a) Emergency calls after office hours, weekends, and holidays may be handled by dialing the Agency office number.
      1. Notify the answering service of your name and phone number, and a representative will contact you as soon as possible.
      2. If the caller leaves only a message, Agency staff will return the call on the next business day.
      3. Emergency services are available after office hours, weekends, and holidays.
      4. All clients and caregivers are instructed upon admission to call 911 in the event of a life-threatening emergency.

   b) On-call representatives will handle all problems or contact the Director of Nursing regarding clinical issues.

   c) The Director of Nursing or On-Call Nurse is responsible for determining the need for a home visit, notifying the physician, and/or taking any other appropriate action.

3. The on-call representative maintains a log of all calls received and actions taken.

INFORMATION TO PERSONS WITH DISABILITIES AND SENSORY IMPAIRMENTS

Our Agency will take all necessary steps to ensure that qualified persons with disabilities, including those with impaired sensory or speaking skills, receive effective notice regarding services, benefits, waivers of rights, and consent to treatment. All aids necessary to provide this notice are supplied without cost to the person receiving services. Identification of special needs and disabilities is part of the referral process, and information regarding special services is provided upon admission.

For Persons With Hearing Impairments: The Agency will make every effort to contract a qualified sign-language interpreter for individuals who are deaf or hearing impaired and who use sign language as their primary means of communication. Services are available through The Florida Coordinating Council for the Deaf and Hard of Hearing, 4052 Bald Cypress Way, Bin B13, Tallahassee, FL 32399. Voice: 850-558-9645 | Toll-Free Voice: 866-602-3275 | TTY: 850-245-4914 | Toll-Free TTY: 866-602-3276.

For Persons With Visual Impairments: Staff members communicate the contents of written materials concerning benefits, services, waivers of rights, and consent to treatment forms by reading them aloud to visually impaired individuals. Large-print, taped, and braille materials are available upon request through the Clinical Manager.

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

ETHICS ISSUES

All employees provide care and services within the ethical framework established by home health care standards, professional requirements, and applicable laws during the performance of their duties.

NON-DISCRIMINATION POLICY

As a recipient of Federal financial assistance, our Agency does not exclude, deny benefits to, or otherwise discriminate against any person on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex, or creed regarding admission, participation, receipt of services and benefits, or employment practices, whether conducted directly by the Agency or through contractors or affiliated entities.

This statement complies with HHS Section 1557, Title VI of the Civil Rights Act of 1964, Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, the Age Discrimination Act of 1975, and all related federal regulations, including Title 45 Code of Federal Regulations Parts 80, 84, and 91. Additional federal laws also provide protection against discrimination on the basis of sex and creed. Questions regarding this policy may be directed to the Agency Section 504 Coordinator listed in the Agency information section.

CONFIDENTIALITY

All information received by individuals employed by or providing services to the Agency, as well as information received through reports or inspections, is considered privileged and confidential and is maintained in accordance with HIPAA guidelines. Confidential information includes, but is not limited to, client records and personnel records. Access to information is limited to authorized Agency personnel only.

Information may not be disclosed without written consent from the client, guardian, and/or employee. Release of information may only occur with approval from the Agency Administrator or designee. All employees are instructed regarding confidentiality policies at the beginning of employment and are required to read and sign a Confidentiality Statement, which becomes part of the employee personnel record. Breach of confidentiality may result in immediate termination of employment.

SAMPLE

DIMINISHED VISION / PATIENT'S RIGHTS / SAFETY AND SERVICES

DIMINISHED VISION REHABILITATION

Diminished vision is a visual deterioration not correctable by standard eyeglasses, contact lenses, medicine, or surgery that interferes with a person's ability to perform everyday activities. Impaired vision can result from a variety of diseases and injuries affecting the eye. Many individuals with impaired vision have age-related diabetic retinopathy, macular degeneration, glaucoma, or cataracts.

People with diminished vision experience physical, financial, and psychological changes that reduce quality of life. Without proper assistance and training, patients may have difficulty using magnifying devices and completing activities of daily living tasks such as meal preparation, reading, financial management, home maintenance, grooming, shopping, and community or leisure activities.

A Medicare beneficiary with impaired vision may be eligible for rehabilitation services designed to improve functioning and performance of activities of daily living, including self-care and management skills in a home setting.

This Agency can provide a single service or a combination of services in your home, all under the direction of a physician. Working with your doctor, our qualified staff will plan, coordinate, and provide care tailored to your needs. Services may include Skilled Nursing, Home Health Aide (Nursing Assistant), Physical Therapy, Occupational Therapy, Speech Therapy, Infusion (IV Therapy), Medical Social Workers, Homemaking, Personal Care, and Companion Services.

PATIENT RIGHTS, COMPLAINTS & GRIEVANCES

Clients and caregivers have the right to exercise their rights, participate in their care plan, voice grievances or complaints, and recommend changes to Agency policies and procedures without fear of reprisal or discrimination. Any complaint or concern brought to the Agency, preferably to the Administrator, will be thoroughly investigated and responded to in writing, including a corrective action plan if necessary.

LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES

Patients are entitled to care in their preferred language. This service is provided at no charge. Agency staff will make every effort to meet language needs through interpreter or translation services. Patients requiring additional assistance are encouraged to contact the Agency office.

FACE-TO-FACE REQUIREMENT

Medicare has established a requirement for payment of home health services requiring a face-to-face visit with a physician, nurse practitioner, clinical nurse specialist, certified nurse midwife, or physician assistant regarding the patient's need for home health care. This visit may occur up to ninety (90) days before services begin or within thirty (30) days after admission to home care services.

MINIMUM CHARGES FOR OUR SERVICES

Charges per visit are as follows: Registered Nurse (RN), Therapist, and Social Worker: $100.00; Licensed Practical Nurse (LPN): $95.00; Home Health Aide (HHA): $65.00. Rates may vary depending on private insurance, co-payments, or self-pay options. Patients are encouraged to review the Service Agreement for additional information regarding charges. The Agency reserves the right to change charges at any time.

HOME CARE NATIONAL PATIENT SAFETY GOALS

Key patient safety goals include identifying patients correctly, using medicines safely, preventing infection, preventing patient falls, and identifying patient safety risks.

FRAUD PREVENTION

Key ways to protect yourself from fraud include reviewing claims summaries carefully to ensure all services listed were received and all details are correct, never sharing Medicare or insurance numbers except with authorized providers, and reporting suspected fraud immediately to Medicare or the insurance carrier. Prompt reporting helps prevent fraudulent activity and protects patient benefits.

IMPORTANT FACTS TO KNOW ABOUT THE FLU:

1. You cannot get the flu from the influenza vaccine because it is made from inactivated virus material.
2. A person may still get another influenza virus strain not included in the vaccine.
3. Healthy people still need annual influenza immunizations to help prevent spreading illness.
4. Influenza vaccines are considered safe and recommended for pregnant women.
5. Influenza immunizations are needed every year because flu viruses constantly change and mutate.
6. It is best to receive the influenza vaccine early in the season because protection lasts throughout flu season.
7. Influenza is more serious than a common cold and may lead to hospitalization or death.
8. People may spread influenza even when they feel well or show no symptoms.
9. Influenza spreads through contact with infected individuals, not from cold weather, wet hair, or lack of warm clothing.
10. Antibiotics are ineffective against influenza because it is caused by a virus, not bacteria.

SAMPLE

ELIBILITY CRITERIA & HOME HEALTH SERVICES INFORMATION

Eligibility Criteria for Admission

Admission to this agency may only be made under the direction of a physician, based upon the patient's identified care needs, homebound status, face-to-face compliance, and the type of services required that can be provided directly or through coordination with other organizations. If we cannot meet your needs directly through our agency or indirectly through service agreements with other providers, services will not be initiated or continued.

Notice of Medicare Provider Non-Coverage (If Applicable)

Patients have the right to an immediate and independent medical review (appeal) while services continue regarding any decision to end Medicare coverage. If an appeal is requested, the reviewer may request your opinion, medical records, or additional relevant information. Written preparation is not required, although you may provide written statements if desired. A detailed discharge notice will be provided at least 48 hours before discharge.

The Home Health Aide

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

Authorized Personal Care Services (If Approved by Insurance)

- Bathing, sponge bath, or shower assistance
- Shampoo and skin care
- Making the patient's bed only
- Laundry for personal undergarments such as pajamas and nightgowns
- Bathroom straightening and cleaning of sink and tub
- Ambulation assistance when requested by a nurse or therapist
- Preparation of one light meal such as sandwiches, soup, or salad
- Washing dishes associated with prepared meals

Duties Not Included in Services

- Mopping floors or relining drawers
- Bathing pets or washing windows and furniture
- Shopping at more than one store
- Defrosting or cleaning refrigerators
- Transporting patients
- Cleaning ovens or washing walls
- Vacuuming rooms other than the patient's bedroom
- Housekeeping or companion services

SAMPLE

Additional Support Services

If the patient is alone and unable to physically manage household duties, or if the patient's spouse is equally disabled, the Home Health Aide may also assist with weekly shopping, laundry for the patient only, meal preparation for the patient only, and washing dishes associated with patient meals if authorized by insurance.

Scheduling Information

Due to the number of patients and travel requirements, exact visit times cannot be guaranteed. Every effort will be made to accommodate patient schedules and physician appointments. If you have a doctor's appointment, please notify the office the day before so visits may be coordinated accordingly.

Information Regarding the Disposal of Biohazardous Waste

If biohazardous waste disposal is required during medical treatment in the home, the agency will place a designated biohazardous waste or sharps container in the residence as required by state law. Our agency is contracted with _____. This container may only be used for biohazardous waste and must remain inside the home until removed by the contracted waste management company within the required twenty-eight-day period. Never place the container in household garbage or outside for roadside pickup, as improper disposal is illegal and may result in legal consequences if harm occurs to another individual. Patients requiring early pickup or additional services after discharge should contact the agency office or designated waste management provider.

Home Care and Alzheimer's Disease

Home care is a valuable option for individuals with Alzheimer's disease and related dementias because it provides care in the comfort and familiarity of the patient's residence. Admission criteria for patients with advanced dementia may include evaluation of mobility, nutrition and weight, communication abilities, infections, and overall decline. Home care services provide emotional and physical support to both patients and caregivers while addressing the comprehensive needs of the patient and family. The agency is experienced in caring for individuals with terminal illnesses and ADRDs while promoting comfort, dignity, quality of life, and compassionate support for loved ones and caregivers.

MEDICATION SAFETY / OXYGEN SAFETY / HOME SAFETY GUIDE

WHAT I HAVE TO KNOW ABOUT MEDICATION SAFETY

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

WHO IS RESPONSIBLE FOR YOUR MEDICINES?

A lot of people — including you! Doctors check all of your medicines to make sure they are safe to take together. Pharmacists check your new medicines to see if there are other medicines, foods, or drinks you should avoid while taking them. Nurses and other caregivers may prepare medicines or give them to you. If you forget the instructions for taking a medicine or are unsure about taking it, call your doctor or pharmacist. Do not 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, and 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 your doctor. If you feel you are not getting enough oxygen, talk to your doctor. Oxygen itself does not burn, but it can feed a spark and cause it to become a large fire within seconds. Follow these rules to prevent fires: 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 appliances with a control box, such as a heating pad; avoid static electricity; avoid nylon or wool clothing; store liquid and cylinder oxygen away from heat and direct sunlight; place cylinders in a secure upright holder; and never apply oily substances around oxygen equipment.

TAKE CARE OF YOURSELF / TAKE CARE OF YOUR DIABETES

Diabetes mellitus affects up to 5% of the population in the United States — almost 14 million people. Diabetes mellitus is a disorder caused by decreased production of insulin or by a decreased ability to use insulin. Insulin is a hormone produced by the pancreas that is necessary for cells to use blood sugar properly. The exact cause of diabetes mellitus is unknown, but heredity and diet are believed to play important roles in its development. People with diabetes have the same nutritional needs as anyone else. Along with exercise and medications such as 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 as possible. No single food supplies all the nutrients your body needs, so healthy nutrition means eating a variety of foods. You and your dietitian or doctor should work together to design a meal plan that is right for you and includes foods you enjoy along 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 your schedule and eating habits. The right meal plan can also help keep your weight where it should be, whether you need to lose weight, gain weight, or maintain your current weight.

PAIN MANAGEMENT

There are many different causes and kinds of pain. Questions to ask your caregivers include: What pain medicine is being ordered or given to you? Can you explain the doses and times that the medicine needs to be taken? How often should you take the medicine? How long will you need to take the pain medicine? Can you take the pain medicine with food? Can you take the pain medicine with your other medicines? Should you avoid drinking alcohol while taking the pain medicine? What are the side effects of the pain medicine? What should you do if the medicine makes you sick to your stomach? What can you do if the pain medicine is not working? What else can you do to help treat your pain?

PRECAUTIONS TO PREVENT FALLS

Many falls can be prevented. By making some changes, you can lower your chances of falling. Four things YOU can do to prevent falls:

1. Begin a regular exercise program. Exercise is one of the most important ways to lower your chances of falling. It makes you stronger and helps you feel better. Lack of exercise leads to weakness and increases your chances of falling. Ask your doctor or health care provider about the best type of exercise program for you.
2. Have your health care provider review your medicines. Have your doctor or pharmacist review all the medicines you take, even over-the-counter medicines. As you get older, the way medicines work in your body can change. Some medicines, or combinations of medicines, can make you sleepy or dizzy and can cause you to fall.
3. Have your vision checked regularly.
4. Make your home safer. Remove things you can trip over, such as papers, books, clothes, and shoes, from stairs and places where you walk. Remove small throw rugs or use double-sided tape to keep rugs from slipping. Keep items you use often in cabinets you can reach easily without using a step stool. Have grab bars installed 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 lightweight curtains or shades to reduce glare. Have handrails and lights installed on all staircases. Wear shoes both inside and outside the house. Avoid going barefoot or wearing slippers.

COPYRIGHT

MEDICAL DEVICES / BASIC HOME SAFETY GUIDELINES

MEDICAL DEVICES & HOME MEDICAL EQUIPMENT PRECAUTIONS

Medical devices or equipment, such as oxygen equipment, glucometers, supplies, ambulation devices, and similar items, can lead to serious problems, including incorrect or delayed diagnosis, delayed treatment, or patient injuries. Please follow these precautions:

- Use and look after all devices properly. Inspect every device before use and select the correct, comfortable device for the patient.
- Ensure the device is working properly and is set up safely. Staff must monitor the progress and function of the device.
- In the event of a problem, know how to respond in order to reduce risks.
- Have any damaged device checked by an authorized technician.
- Store devices safely, keep battery-operated devices charged, and check that each device is regularly maintained.
- Confirm that disposable supplies are appropriate and 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. This includes family members, caregivers, doctors, and health care professionals. Home care organizations across the country are working to make health care safer. 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 do not understand, ask again. It is your body, and you have a right to know. Pay attention to the care you receive. Make sure you receive the right treatments and medicines from the right home care professional. Do not assume anything.

Educate yourself about your condition. Learn about the home care services you will receive and learn about your care plan. Ask a trusted family member or friend to be your advocate, advisor, or supporter. Know what medicines you take and why you take them. Medication 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 reduce the risk of fire hazards. Do not overload electrical outlets, and do not hide cords under carpeting. All stairs and ramps should have handrails and non-skid surfaces.

In the kitchen, avoid loose-fitting clothing when using the stove. Use potholders 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 overtired.

In the bathroom, use non-slip rugs or carpeting to prevent falling on wet floors, and use non-slip strips or mats in the tub. Always test the water temperature before entering the tub or shower. Water temperature should be 120 degrees or less. Use grab bars, shower chairs, and/or raised toilet seats for a client who is very ill, weak, and/or tires easily.

At night, use a night light to prevent falls in the dark. Keep the telephone and other items that may be needed during the night on a bedside stand within easy reach. Install smoke detectors on all home levels, keep a fire extinguisher in the home, and 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 stress should a real fire emergency occur. If oxygen is necessary in the home, be sure you are instructed on what to do during an emergency situation.

POST FIRE AND OTHER EMERGENCY NUMBERS ON OR BY THE TELEPHONE.

HOME SAFETY & EMERGENCY EXIT PLAN

Recommendations: In case of fire, do you have an emergency exit plan and an alternate exit plan? Once a fire starts, it spreads quickly, and there may be a great deal of confusion. It is important for everyone to know what to do.

- Develop an emergency exit plan.
- Choose a meeting place outside your home to be sure everyone has exited safely.
- Practice the plan to ensure that everyone can escape quickly and safely.

All Home Areas

Check all areas of your home for frayed cords. Check all electrical and telephone cords. Remove rugs, runners, and mats that 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.

Electrical Safety Recommendations

Arrange furniture so outlets are near lamps and appliances. Minimize the use of extension cords. If extension cords or telephone cords are used, they should always be placed on the floor against the wall to avoid tripping. Furniture resting on cords, nails, and staples can cause damage and create fire and shock hazards. Electrical cords that run under carpeting may cause a fire. Remove cords, nails, and staples from under furniture and carpeting, and check for damaged wiring. Use tape to attach cords to walls or floors.If an extension cord is needed, use one with a sufficient amp or wattage rating. If the rating on a cord is exceeded because of the power requirements of one or more appliances being used on the cord, change to a higher-rated cord or unplug some appliances.

DO NOT USE FRAYED CORDS!

BEDROOM AREAS

Recommendations: Are lamps and switches within reach of each bed? Lamps and switches should be located close to people during periods of darkness so they can see where they are going. Rearrange furniture so lamps and switches are closer to beds, and install night lights.

Are cigarettes, ashtrays, and lighters located away from beds and bedding? Burns are a leading cause of death, and smoking in bed is a major potential fire source. Hot plates, teapots, and similar items are also major contributors to this problem. Never smoke in bed. Remove any possible source of heat or flames from areas around beds.

SMOKE DETECTORS

Question: Are smoke detectors properly located?
Recommendations: There should be a smoke detector on every floor of your home. Follow the manufacturer's instructions and advice for the best place to install your device. Place detectors near the ceiling or 6 to 12 inches below the 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 can 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 the manufacturer. Replace any detector that cannot be repaired. Vacuum the grillwork of your smoke detector.

SAMPLE

INFECTION CONTROL / STANDARD PRECAUTIONS PROCEDURES

RESPIRATORY HYGIENE AND COUGH ETIQUETTE

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. These measures should be incorporated into infection-control practices as one component of Standard Precautions. Visual alerts, in appropriate languages, should instruct patients and accompanying persons, such as family members and friends, to inform healthcare personnel of symptoms of a respiratory infection while under our care. Symptoms may include cough, shortness of breath, breathing problems, runny nose, fatigue, and sneezing. Patients and visitors should practice respiratory hygiene/cough etiquette.

COVER YOUR COUGH: STOP THE SPREAD OF GERMS

Influenza (flu) and other serious respiratory illnesses, such as respiratory syncytial virus (RSV), whooping cough, and severe acute respiratory syndrome (SARS), are spread by coughing, sneezing, or unclean hands. To help stop the spread of germs, cover your mouth and nose with a tissue when you cough or sneeze; place used tissues in a wastebasket; and, if a tissue is not available, cough or sneeze into your upper sleeve or elbow, not your hands. You may be asked to wear a face mask 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 proper sequence for putting on and removing PPE.

MASKING, SEPARATION, AND DROPLET PRECAUTIONS

During periods of increased respiratory infection activity in the community, such as increased absenteeism in schools and workplaces or increased medical office visits by persons complaining of respiratory illness, we may request that coughing persons wear masks. Procedure masks with ear loops or surgical masks with ties may be used to contain respiratory secretions; respirators such as N-95 masks or higher are not necessary for this purpose. When space and seating permit in the place of residence, coughing persons are encouraged to sit at least three feet away from others in common waiting areas. Healthcare personnel should observe Droplet Precautions, including 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 when fever is present. These precautions should be maintained until it is determined that the cause of symptoms is not an infectious agent requiring Droplet Precautions.

WHAT YOU CAN DO TO PREVENT INFECTIONS

Clean your hands with soap and warm water. Rub your hands well for at least 20 seconds, including your palms, fingernails, between your fingers, and the backs of your hands. If your hands do not look dirty, clean them with an alcohol-based hand sanitizer and continue rubbing until your hands are dry. Clean your hands before touching or eating food; after using the bathroom; after taking out the trash; after changing a diaper; after visiting someone who is ill; and after playing with a pet. Make sure our staff clean their hands or wear gloves. Staff should wear clean gloves when performing care for you. Do not be afraid to ask whether they should wear gloves. Cover your mouth and nose. When you sneeze or cough, germs can travel three 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. Do not shake hands or touch others. If you have any wound or skin lesion, watch for signs and symptoms of infection, such as discharge or fever.

INFECTION-CONTROL PROCEDURES IN THE HOME

To protect both clients and caregivers, infection-control procedures should be followed in the home setting. Handwashing is perhaps the easiest, most important, and most effective way to prevent transmitting infection from one person to another. The client and caregiver should wash their hands thoroughly before and after providing client care, and before and after contact with contaminated or potentially contaminated items. When in doubt about whether something may be contaminated, be safe: wash your hands. Use latex or other disposable gloves when handling or disposing of blood, urine, feces, sputum, and any body fluid or secretion. Dispose of contaminated or potentially contaminated items, such as tissues, by placing them in a sealable plastic bag. Our professional staff will instruct you on appropriate infection-control measures, including proper disposal methods. If you have questions or concerns during the time services are being provided, ask your nurse, therapist, physician, or contact our office. For questions or concerns regarding infectious disease, contact your physician. Keep disposable tissues available for everyone to use, sanitize frequently touched surfaces, and use a respiratory mask if needed.

GET VACCINATED TO AVOID DISEASES AND FIGHT THE SPREAD OF INFECTIONS

Make sure your vaccinations are current, including adult vaccinations. Check with your doctor about what you may need. Vaccinations are available to help prevent chickenpox, mumps, measles, diphtheria, tetanus, hepatitis, shingles, meningitis, flu (influenza), whooping cough, German measles (rubella), pneumonia, and human papillomavirus (HPV).

STAFF UNIVERSAL AND STANDARD PRECAUTIONS PROCEDURES

Our agency guarantees that home healthcare providers will adhere to the following precautions when delivering care to all patients. By adhering to these universal precautionary measures, the risk of disease transmission is decreased when the patient's infection status 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 patient situations when there will be exposure to body fluids, blood, draining wounds, or mucous membranes. A mask and protective eyewear or face shield must be worn during procedures that are likely to generate droplets of body fluids or blood, or when the patient is coughing excessively. Hands must be washed before putting on gloves 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 healthcare providers who have open cuts, sores, or dermatitis on their hands must wear gloves for all patient contact.

RESPIRATORY HYGIENE PRACTICES

Respiratory hygiene practices are essential for preventing the spread of infectious disease in healthcare and home settings. Patients, caregivers, visitors, and healthcare personnel should consistently follow cough etiquette, hand hygiene, masking recommendations, surface disinfection practices, and proper use of personal protective equipment (PPE). Maintaining these infection prevention measures protects patients, caregivers, healthcare staff, and the community by reducing the transmission of respiratory illness and other infectious diseases.

SAMPLE

POLICY ON ADVANCE DIRECTIVES

Purpose: To provide an atmosphere of respect and care that ensures a patient's ability and right to participate in medical decision-making; to ensure that a patient's wishes regarding 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); and to expand patient, family, and staff knowledge regarding advance directives and the process by which patient participation in medical decision-making is encouraged by the Agency.

Policy

1 At the time of admission, patients will be informed of the Agency's written policies regarding the implementation of Advance Directives. The Agency recognizes the right of competent adults to make verbal or written decisions regarding their own medical care, including whether medical or surgical means or procedures used to prolong life should be provided, withheld, or withdrawn.

2 The Agency will accept and act upon written advance directives received from the patient or caregiver to the extent permitted and required by law. "Do Not Resuscitate" (DNR) and "Do Not Intubate" (DNI) orders will only be accepted when properly executed by the patient's physician. Appropriate actions will be discussed with the patient and/or caregiver when such orders are received.

3 Patients, caregivers, Agency staff, and the community will receive education regarding advance directives. Patients and families/caregivers will be provided printed materials at the time of admission that explain Florida state regulations concerning living wills, DNR orders, testaments, and related topics.

4 The presence or absence of an Advance Directive will not influence the decision to provide health care. If an Advance Directive is not properly executed, staff will follow standard emergency procedures. Any changes to a patient's Advance Directive will be communicated to all personnel.

5 When a patient is transferred or referred to another health care provider, the information provided will indicate whether the patient has an Advance Directive.

6 The Agency will provide services regardless of whether a patient has executed an Advance Directive.

SAMPLE

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 care, including the right to choose or refuse medical treatment. When an individual becomes unable to make decisions due to physical or mental incapacity, such as coma or dementia, Florida law recognizes the right to establish Advance Directives to ensure health care wishes are respected.

Florida legislation (Chapter 765, Florida Statutes) recognizes the right of competent adults to create advance directives instructing physicians to provide, withhold, or withdraw life-prolonging procedures; designate another individual to make treatment decisions if the individual becomes unable to do so independently; and/or indicate the desire to make an anatomical donation after death.

Hospitals, nursing homes, home health agencies, hospices, and health maintenance organizations (HMOs) are legally required to provide patients with written information concerning health care advance directives.

What is an Advance Directive? An advance directive is a written or oral statement regarding how medical decisions should be made if an individual becomes unable to make them independently. It may also express the individual's wish to make an anatomical donation after death. Some people complete advance directives after being diagnosed with a life-threatening illness, while others complete them as part of estate planning.

Types of Advance Directives

- **Living Will:** A written or oral statement describing the medical care an individual wishes to receive or avoid if they become unable to make decisions independently.

- **Health Care Surrogate Designation:** A document naming another person to make medical decisions on the patient's behalf if they are unable to do so.

- **Anatomical Donation:** A document expressing the wish to donate organs, tissues, or the body after death for transplantation, research, or educational purposes.

  Individuals may choose to complete one or more types of Advance Directives depending on their personal needs and preferences.Florida law does not require a person to complete an Advance Directive. However, without one, medical decisions may be made by a court-appointed guardian, spouse, adult child, parent, adult sibling, adult relative, or close friend who may not fully understand the patient's wishes.

  A **"Do Not Resuscitate" (DNR)** form informs emergency medical personnel that the patient does not wish to receive life-sustaining measures in the event of respiratory or cardiac arrest. The form must be properly completed and signed by the physician, patient or health care surrogate, and two witnesses.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Your Information. Your Rights. Our Responsibilities.

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.**

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

To the extent that we have your substance use disorder patient records, subject to 42 CFR Part 2, we will not share that information for investigations or legal proceedings against you without (1) your written consent or (2) a court order and a subpoena.

SAMPLE

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 will not charge for this service.

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, office, or cell 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," for example, if it could affect your care. If we agree to your request, we may still share this information in the event that you need emergency treatment. 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 someone has authority to act as your personal representative, such as if someone has your 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 using the information on the cover. 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 **https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html**. 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 or payment for your care
- Share information in a disaster relief situation
- Include your information in a hospital 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
- Sales 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. If we have your substance use disorder patient records, subject to 42 CFR Part 2, we will give you clear and obvious notice in advance and a choice about whether to receive fundraising communications that use your information.

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.

> In all cases, including those listed below, if we have substance use disorder patient records about you, subject to 42 CFR Part 2, we cannot use or share information in those records in civil, criminal, administrative, or legislative investigations or proceedings against you without (1) your consent or (2) a court order and a subpoena.

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

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

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

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

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

Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests: We can use or share health information about you: for workers' compensation claims; for law enforcement purposes or with a law enforcement official; with health oversight agencies for activities authorized by law; and 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 in this notice unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.

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

SAMPLE

Home Health Agency (HHA)
Outcome and Assessment Information Set (OASIS)

Statement of Patient Privacy Rights

As a home health patient, you have these privacy rights:

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

  We're required by law to collect health information to make sure you get quality health care, and that payment for Medicare and Medicaid patients is correct.

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

  We may ask you to tell us information about yourself so that we'll know which home health services will be best for you. We keep anything we learn about you confidential.

  This means only those legally authorized or with 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 to collect your health information.

  If you choose not to answer, we'll fill in the information as best we can. You don't have to answer every question to get services.

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

  It's important that the information we collect about you is correct. If you think we made a mistake, ask us to correct it.

  If you're not satisfied with our response, you can ask the Centers for Medicare & Medicaid Services (the federal Medicare and Medicaid agency) to see, review, copy or correct your personal health information.

  See the Privacy Act Statement for more details about your privacy rights.

SAMPLE

Need to correct your personal information?

To see, review, copy, or correct your personal health information in federal records call **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** for help contacting the HHA OASIS System Manager. TTY users call 1-877-486-2048.

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 demonstrate progress toward your health goals. The home health agency (HHA) must use the Outcome and Assessment Information Set (OASIS) when evaluating your health. To do this, the agency must collect 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 Privacy Act of 1974 (5 U.S.C. 552a), as amended. You have the right to see, copy, review, and request correction of your information. Instructions on how to access information collected about you is included in the HHA OASIS system of records notice, located at https://www.hhs.gov/foia/privacy/sorns/09700522/index.html.

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

The information collected will be entered into HHA OASIS System No. 09-70-0522. Your health care information will be used for the following purposes. To:

- study and help ensure the quality of care provided by home health agencies (HHA)
- aid in administration of the survey and certification of Medicare/Medicaid HHAs
- enable regulators to provide HHAs with data for their internal quality improvement activities
- support agencies of the state government to determine, evaluate and assess overall effectiveness and quality of HHA services provided in that state
- provide for the validation, and refinements of the Medicare Prospective Payment System
- aid in the administration of Federal and state HHA programs within the state; and
- monitor the continuity of care for patients who reside temporarily outside of the state.

III. ROUTINE USES

These routine uses specify the circumstances when the Centers for Medicare & Medicaid Services may disclose your information from HHA OASIS without your consent, in accordance with 5 U.S.C.552a(b)(3). Each prospective recipient of a routine use disclosure must agree in writing to ensure the continuing confidentiality and security of your information. Disclosures of the information may be to:

- support agency contractors, consultants, or grantees, to assist in the performance of a service related to this collection and who need to have access to the records.
- To assist another Federal or state agency in contributing to the accuracy of CMS's proper payment of Medicare benefits, enable such agency to administer a Federal health benefits program, fulfill a requirement of a Federal statute or regulation and/or evaluate and monitor the quality of home health care and contribute to the accuracy of health insurance operations.
- assist an individual or organization for research, evaluation or epidemiological projects related to the prevention of disease or disability, or the restoration or maintenance of health, and for payment related projects.
- support Quality Improvement Organizations (QIO) in order to assist the QIO to perform Title XI and Title XVIII functions relating to assessing and improving HHA quality of care.
- support national accrediting organizations with approval for deeming authority for Medicare requirements for home health services.
- support the Department of Justice (DOJ), court or adjudicatory body when the agency is a party to litigation
- assist a CMS contractor that assists in the administration of a CMS-administered health benefits program, or to a grantee of a CMS-administered grant program, when disclosure is deemed reasonably necessary by CMS to prevent, deter, discover, detect, investigate, examine, prosecute, sue with respect to, defend against, correct, remedy, or otherwise combat fraud, waste, or abuse in such program.
- assist another Federal agency or to an instrumentality of any governmental jurisdiction that administers, or that has the authority to investigate potential fraud, waste, or abuse in, a health benefits program funded in whole or in part by Federal funds.

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.

SAMPLE

ARTIFICIAL INTELLIGENCE (AI) DISCLOSURE AND PATIENT ACKNOWLEDGMENT

Artificial Intelligence (AI) Disclosure

As part of our commitment to providing high-quality, efficient, and secure healthcare services, our Agency may utilize **Artificial Intelligence (AI)-assisted technology** to support certain administrative and clinical documentation processes associated with your care. The use of **AI** is intended to improve the accuracy, consistency, efficiency, and timeliness of clinical documentation while maintaining compliance with all applicable federal and state laws governing patient privacy and healthcare information.

How AI May Be Used

AI technology may be used to assist authorized Agency personnel with activities including, but not limited to:

* Drafting clinical documentation based on information entered by licensed clinicians.
* Assisting with preparation of visit notes
* Organizing documentation into standardized formats.
* Improving grammar, spelling, readability, and consistency of documentation.
* Summarizing clinical information for documentation purposes
* Assisting with quality assurance and documentation review
* Supporting administrative workflow and record management.

(AI is not used to independently diagnose medical conditions, prescribe medications, determine treatment plans, or replace the professional judgment of licensed healthcare providers)

Professional Responsibility

Regardless of any AI assistance: Every clinical assessment is performed by qualified healthcare personnel.
All patient care decisions are made solely by licensed healthcare professionals. Every clinical document is reviewed, edited as necessary, approved, and authenticated by the responsible clinician before becoming part of the medical record. The patient's protected health information (PHI) will be safeguarded in accordance with HIPAA and applicable State and Federal regulations.
The clinician remains fully responsible for the accuracy, completeness, and content of the documentation.
AI does not replace the knowledge, judgment, or responsibilities of physicians, nurses, therapists, social workers, or other healthcare professionals.

Privacy and Security

The Agency is committed to protecting your Protected Health Information (PHI). Any AI technology used by the Agency is intended to comply with applicable privacy and security requirements, including: Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH) Act, Applicable Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) requirements. Applicable State laws and regulations, and Agency Privacy and Information Security Policies. Reasonable administrative, technical, and physical safeguards are maintained to protect your health information from unauthorized access, use, or disclosure.

Limitations of AI

Artificial Intelligence is a supportive technology and may occasionally generate incomplete or inaccurate information.
For this reason: **AI-generated content is never accepted without human review**. Licensed clinicians verify all information before documentation is finalized. Clinical decisions are never based solely on AI-generated information.

Your Rights

* Ask questions regarding the Agency's use of AI technology
* Receive explanations about how your health information is documented
* Receive healthcare services regardless of whether AI-assisted documentation is utilized
* Exercise all rights provided under the Agency's Notice of Privacy Practices.

Patient Acknowledgment

I acknowledge that: I have received and read (or had explained to me) this Artificial Intelligence (AI) Disclosure. I understand that AI may be used only as a documentation and administrative support tool. I understand that AI does not replace the professional judgment or clinical decision-making of qualified healthcare professionals. I understand that licensed healthcare personnel remain responsible for my care and for all documentation entered into my medical record. I understand that the Agency is committed to protecting my Protected Health Information in accordance with applicable federal and state privacy laws. I have had the opportunity to ask questions regarding this disclosure.

AUTHORIZATION:

I understand the information provided regarding the possible use of Artificial Intelligence (AI) technology during the provision of my home health services and in the documentation of my care. The authorization is signed on the second page of the Service Agreement, and a copy has been provided to me, or my legal representative. The signed authorization will be part of patient clinical record.

SAMPLE

ANTI-COAGULANT INFORMATION / GRIEVANCE PROCEDURES

ANTI-COAGULANT INFORMATION

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

Foods Very High in Vitamin K: Canola oil; foods containing Olestra may have fat-soluble vitamins added, including Vitamin K, and should be considered a Vitamin K source if included in your diet; garbanzo beans (chickpeas); green tea; leafy vegetables including spinach, turnip greens, collard greens, endive, mustard greens, kale, and parsley; lentils; nettle leaves; and seaweed.

Foods High in Vitamin K: Bean sprouts, beef liver, broccoli, Brussels sprouts, cabbage, cauliflower, lettuce, mayonnaise, soybeans, and soybean oil.

Foods/Beverages to Avoid: Alcohol may change the manner in which your body responds to medication. Avoid consuming alcohol while taking any blood-thinning medication. Some herbs may interact with blood-thinning medication and cause undesirable effects. Inform your physician, pharmacist, dietitian, or registered nurse if you are consuming herbal preparations, herbal teas, or other herbal products. If you have questions regarding this pamphlet, contact your physician, pharmacist, registered nurse, or dietitian at our agency.

SAMPLE

GRIEVANCE PROCEDURES

Any person who believes he or she has been subjected to discrimination, or otherwise denied equitable and fair treatment, may file a grievance under these procedures. The Agency will not retaliate against anyone solely for filing a grievance or cooperating in the investigation of a grievance.

* Grievances must be submitted to the Agency within thirty (30) days from the date the person filing the grievance becomes aware of the action.
* A complaint should be submitted in writing or by phone and contain 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.
* The Director of Nursing or Administrator shall conduct an investigation of the complaint to determine its validity. The investigation may be informal but must be thorough and allow all interested persons the opportunity to submit evidence relevant to the complaint.
* The Director of Nursing or Administrator will maintain the files and records of the Agency relating to the grievance.
* The Administrator will issue a written decision on the grievance no later than thirty (30) days after its filing.
* The grievant may appeal the decision of the Director of Nursing or Administrator by filing a written appeal to the Administrator of the Home Health Agency within fifteen (15) days of receiving the decision.
* The Administrator shall issue a written decision in response to the appeal no later than thirty (30) days after filing.
* The availability and use of the grievance procedure does not preclude a person from pursuing other remedies accorded by local, state, and federal laws and regulations.

AGENCY INVESTIGATION OF COMPLAINTS

* Care is furnished inconsistently or inappropriately.
* Mistreatment, neglect, or verbal, mental, sexual, and physical abuse, including misappropriation of patient property by anyone furnishing services on behalf of the Agency.
* The Agency will document complaints and resolutions.
* The Agency will take action to prevent further potential violations.
* Any staff member acting as a mandated reporter.

PATIENT TRANSFER / DISCHARGE POLICIES

PATIENT TRANSFER AND/OR DISCHARGE REASONS

The patient will be notified of transfer and/or discharge reason(s), which may include the following:

* We can no longer meet the patient's needs based on the patient's acuity. We must arrange a safe, appropriate transfer.

* The patient or payer will no longer pay.

* The physician agrees that the patient no longer needs the Agency's services. The physician responsible for the plan of care and the Agency (HHA) agree that the measurable outcomes and goals in the plan of care have been achieved, and the Agency (HHA) and the physician responsible for the home health plan of care agree that the patient no longer needs the services of the Agency (HHA)

* The patient refuses services or elects to be transferred or discharged.

* Under Agency policy, behavior is disruptive, abusive, or uncooperative to the extent that delivery of care to the patient, or the ability of the Agency to operate effectively, is seriously impaired. We will: (a) advise the patient and representative; (b) make efforts to resolve the problem(s); (c) provide contact information for other agencies or providers; and (d) document the problem(s) and efforts made. Discharge for cause: the patient's behavior, or the behavior of other persons in the patient's home, is disruptive, abusive, or uncooperative to the extent that delivery of care to the patient or the ability of the HHA to operate effectively is seriously impaired. We will advise the patient, representative (if any), the physician(s) issuing orders for the home health plan of care, and the patient's primary care practitioner or other health care professional who will be responsible for providing care and services to the patient after discharge from the HHA (if any) that a discharge for cause is being considered. We will make an effort to resolve the problem(s) presented by the patient's behavior, the behavior of other persons in the patient's home, or the situation; provide the patient and representative (if any) contact information for other agencies or providers who may be able to provide care; document the problem(s) and efforts made to resolve the problem(s); and enter this documentation into the clinical record.

* The patient dies.

* The HHA ceases to operate.

SAMPLE

POLICY ON PATIENT TRANSFER

It is the policy of the Agency that no information may be disclosed from the patient's file without the written consent of the patient or the patient's guardian. All information received by any employee, contractor, or State Regulatory Agency employee regarding a patient of the Agency is confidential. If the patient transfers to another home health agency, hospital, or any inpatient facility, a copy of the record must be transferred at the patient's request/authorization, if needed for continuing care; the Medication Record must be reconciled and updated before the transfer. In all cases when the patient is transferred to a hospital or inpatient facility, if the home care episode is not ending, at the discretion of the Director of Nursing, Clinical Manager, and/or physician order, the patient may or may not be discharged from the Agency. The hold period depends on the episode ending date. If the patient is still hospitalized on or after the episode ending date, the patient must be discharged from the Agency. An In-Office Discharge form must be completed by qualified staff; an OASIS discharge assessment will not be completed. When a patient is transferred or referred to another provider of health care services, the information given may include the reconciled/verified Medication Record and whether the patient has or does not have Advance Directives. Reasons for patient transfer may include the patient moving outside the Agency's geographic service area, the patient requiring care not provided by the Agency, or the Agency not being a preferred provider for the patient's insurance company. A transfer summary is completed, a copy is maintained in the patient record, and a copy is forwarded to the receiving service entity and the patient's physician. A transfer summary includes, but is not limited to: date of transfer; patient identifying information; emergency contact; destination of patient transferred; date and name of person receiving report; patient's physician and phone number; diagnosis related to the transfer; significant health history; transfer orders and instructions, if applicable; a brief description of services provided and ongoing needs that cannot be met; and patient status. The Home Health Agency shall, in compliance with Federal Conditions of Participation, collect OASIS Transfer information when applicable for Medicare recipients only.

TRANSFER TO OUR AGENCY:

When a patient is transferred to our Agency, we are responsible for collecting all authorizations and information needed, including: obtaining the patient's verbal consent for transfer to our facility, which must be signed later; checking to verify the episode and services with the previous provider; obtaining verbal authorization from the patient's physician; informing the patient/caregiver of our services; and completing a full sign-up assessment.

DISCHARGE OF PATIENTS

The discharge of patients policy includes, but is not limited to, the following: Reasons for discharge may include the patient expiring; the patient's condition improving so the patient no longer needs the care provided; the physician discontinuing the order for care; inadequate patient behavior; or the patient declining care and requesting discontinuation of services because the Agency no longer meets the patient's needs. When services are to be terminated, the person shall be notified of the date of termination and reason for termination, which shall be documented in the clinical record, at least 48 hours before termination or by the second-to-last day of service if care is not being provided daily, unless there is imminent danger for the patient, such as unexpected emergency care requiring transfer to an inpatient facility or an unexpected exacerbation of a health condition. In such cases, discharge should be processed as soon as possible. A plan shall be developed or a referral made for any continuing care indicated. Planning for the patient's discharge from home care services is an integral part of the treatment plan. The professional employee, in coordination with the patient's physician, will closely monitor the patient's progress toward achievement of therapeutic goals. When services are to be terminated, the patient shall be notified of the termination date and a discharge letter will be sent to the patient and the patient's physician. Discharge instructions will accompany the letter for the patient to follow. A copy of the discharge summary is maintained in the patient record and forwarded to the primary physician. The discharge summary includes, but is not limited to: date of discharge; patient identifying information; patient's physician and phone number; diagnosis; reason for discharge; a brief description of care provided; patient's medical and health status at the time of discharge; and any instructions given to the patient or responsible party. The clinical record should maintain documentation that the physician was notified of the discharge in compliance with coordination of care. The summary must be faxed or emailed to the patient's physician. Discharge instructions must be provided to patients. For Medicare beneficiaries, Medicare Non-Coverage information must be included and, if applicable, the Advance Beneficiary Notice. If applicable, the OASIS Discharge assessment must be completed by qualified staff. The summary completed in the form can be faxed to the patient's physician instead of any other summary form, and a doctor's signature is not required.

PATIENT RIGHTS: as our Client you have the right to exercise your rights, and/or to designate a representative to exercise them for you (Pg. 1/2)

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

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

EDUCATION ABOUT YOUR RIGHTS, BE ADVISED OF THE FOLLOWING:

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

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

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

SAMPLE

PATIENT RIGHTS: as our Client you have the right to exercise your rights, and/or to designate a representative to exercise them for you (Pg. 2/2)

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

SAMPLE

PATIENT RESPONSIBILITIES / HOMEBOUND STATUS

PERSONNEL HONOR THE PATIENT RIGHT TO:

- Assure clients the ability to exercise his or her rights as a patient of the Home Health Agency (HHA).
- Have his or her property and person treated with respect.
- Assure by wearing an ID badge that patients can identify visiting staff through agency-generated photo identification.
- Assure clients the right to choose a health care provider, including an attending physician.
- Provide appropriate care without discrimination and in accordance with physician orders.
- Inform clients of any financial benefits when referred to our Agency.
- Assure clients they are fully informed of their responsibilities.

PATIENT RESPONSIBILITIES:

Education regarding your responsibilities as a patient includes the following:

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

SAMPLE

HOMEBOUND STATUS:

A patient may be considered "confined to the home" (homebound) when the following criteria are met:

First Criteria – One of the Following Must Be Met:

1. Because of illness or injury, the individual requires supportive devices such as crutches, canes, walkers, or wheelchairs; requires special transportation; or requires assistance from another person to leave the residence.
2. The patient has a condition such that leaving the home is medically contraindicated.

Second Criteria – Both Conditions Must Be Met:

1. There exists a normal inability to leave home.
2. Leaving home requires a considerable and taxing effort.

A patient may still be considered homebound if absences from the home are infrequent, of short duration, for health care treatment, religious services, attendance at adult daycare programs, or for unique or infrequent events such as funerals, graduations, or barber visits.

Eligibility criteria may vary among care and service programs and are periodically reviewed for appropriateness and continued accessibility to Agency programs. Target populations may include individuals needing care or services, elderly persons, infants, children, individuals requiring medical care, homemaking, personal care services, and individuals with diseases or disabilities including Alzheimer's disease, autism, schizophrenia, arthritis, and related conditions.

FAMILY COMMUNICATION PLAN (Emergency/Disaster Plan)

Your family may not be together when disaster strikes, so plan how you will contact one another and review what you will do in different situations. *(make copy of this information for every family member)*

(INSTRUCTIONS: COMPLETE THIS DATA SHEET, OR ASK A FAMILY MEMBER TO HELP YOU TO COMPLETE THIS INFORMATION)

Out of Town Contact Name: _____

Email:_____ Tel. Number 1:_____ Tel. Number 2:_____

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

Name: _____ Social Security Number: _____

Date of Birth: _____ Phone number: _____Important Medical Information: _____

_____ Email: _____

Name: _____ Social Security Number: _____

Date of Birth: _____ Phone number: _____Important Medical Information: _____

_____ Email: _____

Name: _____ Social Security Number: _____

Date of Birth: _____ Phone number: _____Important Medical Information: _____

_____ Email: _____

Where to go in an emergency. Write down where your family spends the most time:

Work/phone: _____ School and other places you frequent: _____

Daycare providers _____

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

Doctors/phone: _____

Pharmacy: _____ Medical Insurance: _____

Homeowners/Rental Insurance: _____ Veterinarian: _____

SAMPLE

SAFE USE, STORAGE AND DISPOSAL OF PRESCRIPTION OPIOID MEDICINES

Prescription drug abuse is a serious public health issue. Opioids are medicines that may be used to treat pain. Opioids also are called "opiates" or "narcotics." Opioids can be dangerous, even when prescribed and taken responsibly. Taking opioids at any dose may be harmful. We want to make sure you have the information and strategies to keep yourself and others safe when using these medicines. We have learned several important things about using opioids for chronic pain.

Tolerance: When opioids are taken daily, your body gets used to the medication. Over time, the opioid will be less effective at lowering your pain.

Risks: respiratory depression (stopping breathing - also known as "overdose") resulting in death, and the risk of developing opioid use disorder (from moderate to severe is also known as "addiction"). Increasing the dose of an opioid will increase the risk of opioid use disorder, overdose, and other side effects. Opioid use disorder is a chronic brain disease that develops from repeated use of opioids. (Risk increases with other health conditions, medicines, and substances).

Dependence means that your body will depend on the opioid to feel normal. If you stop the opioid suddenly or decrease the dose too quickly, you will feel increased pain and other symptoms of opioid withdrawal. This may make it hard to stop even if you want to. Dependence can happen even when low doses of opioids are taken for acute pain, such as dental procedures or fractures, for less than one week. Opioids may be needed for acute pain in some situations. To reduce the risk of dependence when treating acute pain, opioids should be used for five days or less.

Safe Use:

Improper use of pain medicine is a leading cause of accidental death

Combining opioids with alcohol or other drugs increases the risk of death. Take medications only as prescribed. Never take more than instructed. Never take somebody else's medicine. Never give or sell your medicine to someone else. Combining opioids with medicines used to calm anxiety can result in overdose. Using opioids for something other than pain (anxiety, sleep, fear of pain, to feel good) can create a harmful dependence/addiction.

Safe Storage:

Unused medicines in your home are at risk for inappropriate use.

Pain relievers are a leading cause of serious poisoning of children and pets when they are left where others can get them. Hide or lock-up opioid medications to avoid access by family, friends, or houseguests. Keep prescription medications in their original packaging so it is clear for whom the medications were prescribed and to save the directions for appropriate use.

Safe Disposal:

Place unused opioids in a disposal unit in a pharmacy or police station.

Find a disposal site near you at this website: https://www.deadiversion.usdoj.gov/pubdispsearch

If no medicine take-back program is available in your area, you can flush them down the toilet or follow these simple steps to dispose of most medicines in the household trash:

Mix medicines (do NOT crush tablets or capsules) with an unpalatable substance such as kitty litter or used coffee grounds; Place the mixture in a container such as a sealed plastic bag; and Throw the container in your household trash. Before throwing out your empty pill bottle or another empty medicine packaging, remember to scratch out all the information on the label to make it unreadable.

CLIENT SERVICE AGREEMENT

YOUR AGENCY NAME

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: Yes ☐ No ☐

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 its 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, and I am 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 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 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 physicians, hospitals, nursing homes, clinics, and other health care providers to release medical information relevant to my care to the Agency. I hereby authorize the release of any medical information from my records to any licensed, state, federal, or accredited institutions for the purposes of providing continuity of care, establishing correct reimbursement, establishing need for service, or as authorized by law.

I place no limitations on history of illness or diagnostic/therapeutic information, including any treatment for substance abuse, psychiatric disorders, or Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). 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 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 Medicare-covered home care services, I must meet the qualifying criteria outlined in the Medicare Coverage Criteria statement contained in the home folder; if my services conform to this criteria, they should generally be covered without liability for payment. If services are determined to be denied or non-covered by Medicare, I will be notified by letter and payment will be at the discretion of the Agency. I understand I am financially responsible for charges not paid under any assignment, and such charges will not exceed the Agency's regular Medicare charges per visit. I certify that the information given by me in applying for payment under 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 and request that payment of authorized benefits be made on my behalf. I further declare that I do not belong to any Health Maintenance Organization (HMO); if found otherwise, I will be responsible for the charges incurred.

☐ I have been admitted through **Medicaid**, and my responsibility is a $2.00 co-pay per visit, with a maximum of one co-payment per day.

☐ I have been admitted through **Managed Care Organization**: _____ (no patient charges)

☐ I have been admitted through: _____ **HMO** _____ **Commercial Insurance** _____ **Medicare Insurance**, as a secondary payer. Charges will be determined through third-party contracts.

☐ I have been admitted through **Veterans Administration (VA)**.

☐ I have been admitted through **Private Pay**, and the charges are specified in the attached Private Pay Agreement (Section II).

I certify that the financial information indicated above, related to payments made by my insurer or third-party payer, the scope and intent of coverage, and the charges for non-covered services, has been explained to me and I understand it.

SAMPLE

ACUERDO DE SERVICIOS AL CLIENTE

Paciente: _____ **N.º de Expediente Médico:** _____

ADMISIÓN VOLUNTARIA

Consiento voluntariamente mi admisión en la Agencia, y al tratamiento que pueda ser aconsejado y/o recomendado por mi médico y el equipo de tratamiento.

Solicito una copia del Plan de Tratamiento: Sí ☐ No ☐

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS

Por medio del presente, autorizo a la Agencia a prestar los servicios apropiados según lo prescrito por mi médico, o por cualquier otro médico que me esté atendiendo, incluyendo todo tratamiento diagnóstico y terapéutico que se considere aconsejable o necesario a criterio del médico. Asimismo, autorizo a la Agencia, o a sus agentes, a realizar cualquier procedimiento para la toma de muestras de sangre o la administración de inyecciones o terapia intravenosa conforme a la práctica médica habitual. Autorizo este trabajo bajo las órdenes del médico mientras sea paciente de su organización.

Certifico que no estoy recibiendo servicios de atención médica domiciliaria de ninguna otra agencia, y entiendo que solo se le pagará a una agencia de atención médica domiciliaria una vez que sea admitido en esta Agencia. Reconozco que no podré, bajo ninguna circunstancia, conducir ningún vehículo motorizado.

SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA

Entiendo que, durante el curso de mi tratamiento, puede surgir la necesidad de tratamiento de emergencia y/o traslado a un hospital. Entiendo que la Agencia no provee atención médica de emergencia y que, por lo tanto, si dicha necesidad de tratamiento y/o traslado se considera necesaria y apropiada, el personal de la Agencia llamará al 911. Consiento dicho tratamiento de emergencia y/o traslado a un hospital, y por medio del presente exonero a la Agencia de responsabilidad por dicho tratamiento de emergencia y/o traslado. Acepto asumir la responsabilidad exclusiva de todos los cargos incurridos por dicho tratamiento.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo a todos los médicos, hospitales, hogares de ancianos, clínicas y demás proveedores de atención médica a divulgar a la Agencia la información médica relevante para mi cuidado. Asimismo, autorizo la divulgación de cualquier información médica de mis expedientes a cualquier institución con licencia, estatal, federal o acreditada, con el fin de proporcionar continuidad de la atención, establecer el reembolso correcto, determinar la necesidad del servicio, o según lo autorice la ley.

No impongo limitaciones sobre el historial de enfermedades ni sobre la información diagnóstica o terapéutica, incluyendo cualquier tratamiento por abuso de sustancias, trastornos psiquiátricos o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). La divulgación de información se realizará conforme a las regulaciones de HIPAA.

SECCIÓN UNO — BENEFICIOS DE SEGURO Y PAGO

Por medio del presente, autorizo a mi compañía de seguro privado a pagar los beneficios del seguro a la Agencia, y acepto la divulgación de toda la información médica a mi compañía de seguros si así lo requiere algún programa.

☐ He sido admitido a través de Medicare, y no se espera ningún cargo. Por medio del presente, solicito y autorizo el pago directo a la Agencia. Entiendo que, para recibir servicios de atención domiciliaria cubiertos por Medicare, debo cumplir con los criterios de elegibilidad descritos en la declaración de Criterios de Cobertura de Medicare que se encuentra en la carpeta del hogar; si mis servicios cumplen con estos criterios, generalmente deberían estar cubiertos sin responsabilidad de pago. Si se determina que los servicios son denegados o no cubiertos por Medicare, se me notificará por carta y el pago quedará a discreción de la Agencia. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no pagados bajo ninguna cesión, y que dichos cargos no excederán los cargos regulares de Medicare de la Agencia por visita. Certifico que la información que he proporcionado al solicitar el pago bajo el Título XVIII y/o XIX de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo la divulgación de todos los registros necesarios para tramitar esta solicitud y solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Además, declaro que no pertenezco a ninguna Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO); si se comprueba lo contrario, seré responsable de los cargos incurridos.

☐ He sido admitido a través de Medicaid, y mi responsabilidad es un copago de $2.00 por visita, con un máximo de un copago por día.

☐ He sido admitido a través de la Organización de Atención Administrada: _____ (sin cargos para el paciente)

☐ He sido admitido a través de: _____ HMO _____ Seguro Comercial pagador secundario. _____ Seguro de Medicare, como los cargos se determinarán mediante contratos con terceros.

☐ He sido admitido a través de la Administración de Veteranos (VA).

☐ He sido admitido mediante Pago Privado, y los cargos se especifican en el Acuerdo de Pago Privado adjunto (Sección II).

Certifico que la información financiera indicada anteriormente, relacionada con los pagos realizados por mi asegurador o por un tercero pagador, el alcance y la intención de la cobertura, y los cargos por servicios no cubiertos, me ha sido explicada y la comprendo.

EXAMPLE

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: _____

I also authorize the Agency's RN/RPT to perform a supervisory visit every _____ days.

STATEMENT OF PATIENT RIGHTS, RESPONSIBILITIES, AND ABUSE REGISTRY

I certify that I have read, understood, and received a copy of the Statement of Patient Rights and Responsibilities, 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 Hotline number (1-800-962-2873) and the HHA Hotline number (1-888-419-3456).

ADVANCE DIRECTIVE AND LIVING WILL

I have received written information regarding my right to make decisions concerning my 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 a DNR order: Yes ☐ No ☐ (If yes, complete the official legal form.)

HIPAA/OASIS — NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I have received a copy of the Agency's Notice of Privacy Practices. I have discussed and received a copy of the Client Information/Orientation Handbook.

CONSENT FOR HOME VISIT

I hereby consent to have state/federal/accreditation health survey personnel conduct a "home visit" to ensure that federal/accreditation requirements are met and to assist in evaluating the effectiveness and quality of the home health services I receive from the Agency. I understand that consent for this visit is voluntary and that none of my rights to confidentiality or privacy are waived by my consent. I have been told, and understand, that refusal of a home health visit will have no effect on the level or nature of the Medicare/Medicaid benefits to which I am entitled.

CONSENT FOR THE USE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE (AI)

I understand the disclosure that has been explained to me regarding the possible use of Artificial Intelligence (AI) technology during the provision of my services and in the documentation of my care and treatment. I authorize the Agency to use AI technology that complies with applicable federal and state privacy laws, HIPAA requirements, and recognized industry security standards.

PATIENT RELEASE TO PHOTOGRAPH

I hereby grant the Agency, and its representatives, permission to take photographs of me and to use the finished photographs in any legitimate way they deem proper. I further 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 thereof — by mail or delivery — to any responsible individual, business firm, publication, or other assignee.

PATIENT SERVICE AGREEMENT

I have received a copy of the Agency's Patient Service Agreement and have had all questions and concerns answered to my satisfaction.

I also authorize _____ (relationship to patient: _____) to sign all documents on my behalf, because I am unable to do so.

Reason unable to sign: _____

ONE PATIENT SIGNATURE

This 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 booklet and forms (Bill of Rights, Grievance Procedures, Emergency Plan, Transfer/Discharge Policy, names, addresses, and phone numbers of federally/state-funded entities, name and contact information of the Administrator and Clinical Manager, treatments to be administered by the Agency and instructions related to care, visit schedule including frequency of visits, and Non-Discrimination Section 1557 information) — all in one booklet, with only one patient signature. This eliminates the confusion and effort of signing multiple forms. I participated and was involved in the development of the Plan of Care.

Signature of Client or Authorized Representative: _____ Date: _____

Relationship of Authorized Representative: _____

Name, Title & Signature of Agency's Representative: _____ Date: _____

SAMPLE DRAFT

ACUERDO DE SERVICIOS AL CLIENTE (Continuación)

Paciente: _____ **N.º de Expediente Médico:** _____

SECCIÓN DOS — SERVICIOS DE SALUD EN EL HOGAR A PROPORCIONAR, FRECUENCIA Y CARGOS

Enfermería Especializada: _____ Auxiliar de Salud en el Hogar: _____

Terapia Física: _____ Trabajador Social Médico: _____

Terapia del Habla: _____ Terapia Ocupacional: _____

Otro: _____

Asimismo, autorizo a la enfermera registrada (RN) o al terapeuta físico registrado (RPT) de la Agencia a realizar una visita de supervisión cada _____ días.

DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y REGISTRO DE ABUSO

Certifico que he leído, comprendido y recibido una copia de la Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente, la cual me ha sido explicada verbalmente por un representante de la Agencia. Entiendo la política y he recibido una copia con el número gratuito de la Línea Directa de Abuso (1-800-962-2873) y el número de la Línea Directa de HHA (1-888-419-3456).

DIRECTIVA ANTICIPADA Y TESTAMENTO VITAL

He recibido información por escrito sobre mi derecho a tomar decisiones relacionadas con mi atención médica, incluyendo el derecho a aceptar o rechazar tratamiento médico o quirúrgico, y el derecho a formular directivas anticipadas conforme a la ley estatal.

Tengo una Directiva Anticipada: Sí ☐ No ☐

Tengo un Testamento Vital: Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es sí, ubicación del Testamento Vital: _____

Tengo un Representante/Apoderado del Paciente: Sí ☐ No ☐

Mi Representante/Apoderado del Paciente es — Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Deseo utilizar una orden de No Resucitar (DNR): Sí ☐ No ☐ (Si la respuesta es sí, complete el formulario legal oficial.)

HIPAA/OASIS — AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Agencia. He discutido y recibido una copia del Manual de Información/Orientación del Cliente.

CONSENTIMIENTO PARA VISITA DOMICILIARIA

Por medio del presente, consiento a que el personal de inspección de salud estatal, federal o de acreditación realice una "visita domiciliaria" para garantizar que se cumplan los requisitos federales o de acreditación, y para ayudar a evaluar la efectividad y calidad de los servicios de salud en el hogar que recibo de la Agencia. Entiendo que el consentimiento para esta visita es voluntario y que ninguno de mis derechos a la confidencialidad o privacidad se renuncia mediante mi consentimiento. Se me ha informado, y entiendo, que la negativa a una visita de salud en el hogar no tendrá ningún efecto sobre el nivel o la naturaleza de los beneficios de Medicare/Medicaid a los que tengo derecho.

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA)

Entiendo la divulgación que se me ha explicado con respecto al posible uso de tecnología de Inteligencia Artificial (IA) durante la prestación de mis servicios y en la documentación de mi cuidado y tratamiento. Autorizo a la Agencia a utilizar tecnología de IA que cumpla con las leyes federales y estatales de privacidad aplicables, los requisitos de HIPAA y los estándares de seguridad reconocidos por la industria.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA FOTOGRAFIAR

Por medio del presente, otorgo a la Agencia y a sus representantes permiso para tomarme fotografías y para utilizar las fotografías terminadas de cualquier manera legítima que consideren apropiada. Asimismo, renuncio y cedo a la Agencia todos los derechos, títulos e intereses que pueda tener sobre las fotografías, negativos, reproducciones y copias de las impresiones y negativos originales. También otorgo el derecho de ceder, transferir y exhibir los negativos, impresiones originales, o copias y facsímiles de los mismos — por correo o entrega — a cualquier individuo responsable, empresa comercial, publicación u otro cesionario.

ACUERDO DE SERVICIOS AL PACIENTE

He recibido una copia del Acuerdo de Servicios al Paciente de la Agencia y todas mis preguntas e inquietudes han sido respondidas a mi satisfacción.

Asimismo, autorizo a _____ (parentesco con el paciente: _____) a firmar todos los documentos en mi nombre, debido a que no puedo hacerlo.

Motivo por el cual no puede firmar: _____

UNA SOLA FIRMA DEL PACIENTE

Este formulario de Consentimiento/Acuerdo de Admisión se utiliza en todos los folletos de orientación del paciente (este folleto) y sirve para reconocer la recepción, comprensión y aprobación del contenido del folleto y sus formularios (Declaración de Derechos, Procedimientos de Quejas, Plan de Emergencia, Política de Transferencia/Alta, nombres, direcciones y números telefónicos de las entidades financiadas a nivel federal/estatal, nombre e información de contacto del Administrador y del Gerente Clínico, tratamientos que serán administrados por la Agencia e instrucciones relacionadas con el cuidado, el calendario de visitas incluyendo la frecuencia de las mismas, e información sobre la Sección 1557 de No Discriminación) — todo en un solo folleto, con una única firma del paciente. Esto elimina la confusión y el esfuerzo de firmar múltiples formularios. Participé y estuve involucrado en el desarrollo del Plan de Cuidado.

Firma del Cliente o Representante Autorizado: _____ Fecha: _____

Parentesco del Representante Autorizado: _____

Nombre, Cargo y Firma del Representante de la Agencia: _____ Fecha: _____

SAMPLE

YOUR AGENCY NAME

Medicine Schedule / Horario de Medicamentos

Patient's Name / *Nombre del Paciente:* _____ **MR #:** _____

Pharmacy Name / *Nombre de la Farmacia:* _____ **Pharmacy Phone / *Teléfono de Farmacia:*** _____

Address / *Dirección:* _____ **MD Name / *Nombre del Médico:*** _____

Allergies / *Alergias:* _____ **MD Phone / *Teléfono del Médico:*** _____

DO NOT USE THESE ABBREVIATIONS / *NO USAR ESTAS ABREVIATURAS:* U, IU, QD, Q.D., qd, q.d., QOD, Q.O.D., qod, q.o.d., >, <, @, cc, µg, MS, MSO4, MgSO4, and trailing zeros (e.g. 1.0 mg)

	Date Ordered *Fecha de Orden*	N/C/O	D/C Date *Fecha de Alta*	Medications / Dose, Route, Frequency *Medicamentos / Dosis, Vía, Frecuencia*	Breakfast *Desayuno*	Lunch *Almuerzo*	Dinner *Cena*	Bedtime *Acostarse*	Classification *Clasificación*	Side Effects *Efectos Secundarios*	Level of Understanding: Good, Fair, Poor	Administered by: Patient / Nurse Caregiver / Physician
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

SAMPLE

Key to Side Effects / *Guía de Efectos Secundarios*

- A- Nausea/Vomiting *(Náusea/Vómito)*
- B- Constipation *(Estreñimiento)*
- C- Diarrhea *(Diarrea)*
- D- Hypertension *(Presión Alta)*
- E- Hypotension *(Presión Baja)*
- F- Skin Rash/Hives *(Erupción/Urticaria)*
- G- Headaches *(Dolor de Cabeza)*
- H- Dizziness *(Mareos)*
- I- Hypoglycemia *(Hipoglucemia)*
- J- Hyperglycemia *(Hiperglucemia)*
- K- Edema *(Edema)*
- L- Diaphoresis *(Sudoración)*
- M- Hemorrhage *(Hemorragia)*
- N- Hematuria *(Hematuria)*
- O- Dry Mouth/Thirst *(Boca Seca/Sed)*
- P- Bradycardia *(Bradicardia)*
- Q- Tachycardia *(Taquicardia)*
- R- Tremors *(Temblores)*
- S- Tinnitus *(Zumbido en Oídos)*
- T- Fluid/Electrolyte Imbalance *(Desbalance de Líquidos/Electrolitos)*
- U- Anorexia *(Anorexia)*
- V- Malaise *(Malestar)*
- W- Dyspnea *(Falta de Aire)*
- X- Confusion *(Confusión)*
- Y- Flushing/Blurred Vision *(Enrojecimiento/Visión Borrosa)*
- Z- Other *(Otros)* _____

Medication Status / *Estado de la Medicación:*

[ ] Medication Regimen Completed/Reviewed/Reconciled
Régimen de medicamentos completado/revisado/reconciliado

[ ] No Change
Sin cambios

[ ] Order Obtained
Orden obtenida

[ ] No medication interaction identified by the nurse within the patient's medication schedule.
No se identificó interacción de medicamentos por la enfermera dentro del horario de medicamentos del paciente.

Check if any of the following were identified / *Marque si se identificó alguno de los siguientes:*

[ ] Potential Adverse Effects/Drug Reaction *(Posibles efectos adversos/reacción a medicamentos)* [ ] Ineffective Drug Therapy *(Terapia de medicamentos inefectiva)* [ ] Significant Side Effects *(Efectos secundarios significativos)*

[ ] Significant Drug Interactions *(Interacciones significativas de medicamentos)* [ ] Duplicate Drug Therapy *(Terapia de medicamentos duplicada)* [ ] Non-Compliance with Drug Therapy *(Incumplimiento con la terapia de medicamentos)*

Care Coordination / *Coordinación de Cuidado:* [ ] Physician *(Médico)* [ ] SN [ ] PT [ ] OT [ ] ST [ ] MSW [ ] Aide *(Asistente)* [ ] Other/*Otro*: _____

Reconciliation Update on / *Actualización de Reconciliación en:* _____ **By / *Por:*** _____

Reconciliation Update on / *Actualización de Reconciliación en:* _____ **By / *Por:*** _____

Nurse Name / *Nombre de la Enfermera(o):* _____ **Nurse Signature / *Firma de la Enfermera(o):*** _____

[X] Completed/reviewed copy provided to patient

Date / *Fecha:* _____

**** Part of Emergency/Disaster Plan***

DRUG CLASSIFICATIONS

NOTE: CLASSIFICATIONS ARE NOT INCLUSIVE OF ALL SIDE EFFECTS

#	CLASS	SIDE EFFECTS
1	ANALGESICS / NARCOTIC	SEDATION / CONSTIPATION
2	ANALGESICS / NON-NARCOTIC	WELL TOLERATED
3	ANALGESICS / NSAIDS / ANTINFLAMMATORY	GI DISTRESS / DROWSINESS
4	ANTIBIOTICS	GI DISTRESS / ANAPHYLAXIS
5	ANTICOAGULANTS / ANTIPLATELETS	DIARRHEA / RASH / FEVER / BLEEDING
6	ANTICONVULSANTS	GI DISTRESS / ATAXIA / CONFUSION
7	ANTIDEMENTIA / CEREBRAL METABOLIC / ENHANCERS	GI DISTRESS / DIZZY / HA / INSOMNIA
8	ANTIDOTE	GI DISTRESS / TACHYCARDIA / HTN
9	ANTIFUNGAL	GI DISTRESS / HA / CHILLS
10	ANTIHYPERLIPIDEMICS	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 / ∧K+
20	CARDIAC / CHF / CARDIOMYOPATHY	DIZZY / LOW BP / EDEMA / ∧K+
21	CARDIAC / DYSRHYTHMIA	LOW BP / LOW PULSE / EDEMA / ∧K+
22	CARDIAC / HTN / ASHD	DIZZY / LOW PULSE / EDEMA / ∧K+
23	CNS STIMULANT	INSOMNIA / NERVOUSNESS
24	CORTICOSTEROID ANTINFLMMATORY	GI DISTRESS / EDEMA / ∧BS / EUPHORIA
25	DERMATOLOGIALS 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 / IMMUNOSUPRESSANTS	HA / TREMORS / CANDIDA INFECTION
44	IV FLUSH	BURNING
45	MUSCLE RELAXERS	DROWSINESS / DRY MOUTH
46	OPTHALMIC 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 ANTISPAMODICS	LOW BP / URINARY RETENTION / DIZZY
60	VERTIGO / SYNCOPE	DRY MOUTH / DROWSINESS
61	VITAMINS / MINERALS	GI DISTRESS / ANAPHYLAXIS
62	OTHER	

SAMPLE

YOUR AGENCY NAME

MEDICARE SECONDARY PAYOR QUESTIONNAIRE

Cuestionario de Pagador Secundario de Medicare

Patient's Name: _____ **MR #:** _____
(Nombre del Paciente) *(Número de Expediente)*

1 Is the patient covered by Veterans Administration, Black Lung, or Workers' Compensation?

¿Está el paciente cubierto por la Administración de Veteranos, Black Lung, o Compensación de Trabajadores?

A. Date of Workers' Compensation Accident: _____ ***(Fecha del accidente)*** **[ ] Yes** *(Sí)* **[ ] No** *(No)*

2 Was the illness due to an injury?

¿La enfermedad se debe a un golpe o accidente?

A. Date of Accident: _____ / _____ / _____ ***(Fecha del accidente)*** **[ ] Yes** *(Sí)* **[ ] No** *(No)*

B. What type of accident caused the illness/injury? If a fall, please explain in detail.
Explique el tipo de accidente; si fue una caída, explique detalladamente.

_____

_____

If yes, provide the name, address, and telephone number of the attorney:
¿Hará el paciente una demanda? Escriba el nombre del abogado.
Name of 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?

¿El paciente trabaja, o está cubierto por un seguro de grupo?

A. Date of Retirement: _____ / _____ / _____ *(Fecha del retiro)*

B. Is the patient married? ***(Casado)*** **[ ] Yes** *(Sí)* **[ ] No** *(No)*

C. Is the spouse employed? ***(Esposo/a trabaja)*** **[ ] Yes** *(Sí)* **[ ] No** *(No)*

D. Does the spouse have group coverage? ***(El esposo/a tiene seguro)*** **[ ] Yes** *(Sí)* **[ ] No** *(No)*

E. Does the patient have coverage through a spouse's, parent's, or guardian's employer group health plan? **[ ] Yes** *(Sí)* **[ ] No** *(No)*

¿Tiene el paciente seguro a través del esposo/a, padres, o guardián?

F. If you answered "Yes" to 3, 3D, or 3E, please complete the information below:
(Si es aplicable, llene los datos de la Compañía de Seguro)
Insurance Company: _____
Address: _____
Policy/Cert. No.: _____ Group Name: _____
Group Number: _____

4 Is the patient entitled to benefits solely on the basis of End-Stage Renal Disease (ESRD)?

¿El paciente recibe los beneficios solo por problemas renales?

A. Has the patient been undergoing kidney dialysis for more than 12 months? **[ ] Yes** *(Sí)* **[ ] No** *(No)*

¿El paciente está en diálisis por más de 12 meses?

REMEMBER: IT IS THE AGENCY'S RESPONSIBILITY TO BILL PRIMARY INSURERS
(Recuerde: es responsabilidad de la agencia facturar a las aseguradoras primarias)

Staff Name / Title / Signature *(Nombre/Título/Firma)*: _____ Date *(Fecha)*: _____

Remarks *(Comentarios)*: _____

SAMPLE

YOUR AGENCY NAME

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

Client Name: *Nombre del Paciente*

M.R. #: *No. de expediente*

Date Client Assessed: *Fecha en que el cliente fue evaluado* _____

VULNERABILITY RISK FACTORS / FACTORES VULNERABLES

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

SAMPLE

Signature of Individual Completing the Form *Firma del individual completando la forma*

Date *Fecha*

Form CMS-1696 Approved
OMB No. 0938-0950

APPOINTMENT OF REPRESENTATIVE

Name of Party	Medicare Number (beneficiary as party) or National Provider Identifier (provider or supplier as party)

Section 1: Appointment of Representative

To be completed by the party seeking representation (i.e., the Medicare beneficiary, the provider or the supplier):

I appoint the individual named in Section 2 to act as my representative in connection with my claim or asserted right under Title XVIII of the Social Security Act (the "Act") and related provisions of Title XI of the Act. I authorize this individual to make any request; to present or to elicit evidence; to obtain appeals information; and to receive any notice in connection with my claim, appeal, grievance or request wholly in my stead. I understand that personal medical information related to my request may be disclosed to the representative indicated below.

Signature of Party Seeking Representation		Date
Street Address		Phone Number (with Area Code)
City	State	Zip Code
Email Address (optional)	Fax Number (optional)	

Section 2: Acceptance of Appointment

To be completed by the representative:

I, _____ hereby accept the above appointment. I certify that I have not been disqualified, suspended, or prohibited from practice before the Department of Health and Human Services (HHS); that I am not, as a current or former employee of the United States, disqualified from acting as the party's representative; and that I recognize that any fee may be subject to review and approval by the Secretary.

I am a / an _____
(Professional status or relationship to the party, e.g. attorney, relative, etc.)

Signature of Representative		Date
Street Address		Phone Number (with Area Code)
City	State	Zip Code
Email Address (optional)	Fax Number (optional)	

SAMPLE

Section 3: Waiver of Fee for Representation

Instructions: This section must be completed if the representative is required to, or chooses to, waive their fee for representation. (Note that providers or suppliers that are representing a beneficiary and furnished the items or services may not charge a fee for representation and **must** complete this section.)

I waive my right to charge and collect a fee for representing _____ before the Secretary of HHS.

Signature	Date

Section 4: Waiver of Payment for Items or Services at Issue

Instructions: Providers or suppliers serving as a representative for a beneficiary to whom they provided items or services must complete this section if the appeal involves a question of liability under section 1879(a)(2) of the Act. (Section 1879(a)(2) generally addresses whether a provider/supplier or beneficiary did not know, or could not reasonably be expected to know, that the items or services at issue would not be covered by Medicare.)

I waive my right to collect payment from the beneficiary for the items or services at issue in this appeal if a determination of liability under §1879(a)(2) of the Act is at issue.

Signature	Date

INSTRUCTIONS AND REGULATION REQUIREMENTS

Instructions

Name of Party (required): This is the name of the person or entity which has standing to file a claim or appeal (the name of the person who has Medicare, or the name of the provider or supplier).

Medicare Number or National Provider Identifier (required): This must be completed when the person or entity appointing a representative has a Medicare number or National Provider Identifier. If not applicable, fill in, "not applicable".

All fields in Sections 1 and 2 are required unless noted as optional within the field. See the regulation at 42 CFR 405.910.

Charging of Fees for Representing Beneficiaries before the Secretary of HHS

An attorney, or other representative for a beneficiary, who wishes to charge a fee for services rendered in connection with an appeal before the Secretary of HHS (i.e., an Administrative Law Judge (ALJ) hearing or attorney adjudicator review by the Office of Medicare Hearings and Appeals (OMHA), Medicare Appeals Council review, or a proceeding before OMHA or the Medicare Appeals Council as a result of a remand from federal district court) is required to obtain approval of the fee in accordance with 42 CFR 405.910(f).

The form, OMHA-118, "Petition to Obtain Approval of a Fee for Representing a Beneficiary" elicits the information required for a fee petition. It should be completed by the representative and filed with the request for ALJ hearing, OMHA review, or request for Medicare Appeals Council review. Approval of a representative's fee is not required if: (1) the appellant being represented is a provider or supplier; (2) the fee is for services rendered in an official capacity such as that of legal guardian, committee, or similar court appointed representative and the court has approved the fee in question; (3) the fee is for representation of a beneficiary in a proceeding in federal district court; or (4) the fee is for representation of a beneficiary in a redetermination or reconsideration. If the representative wishes to waive a fee, he or she may do so. The form, OMHA-118, may be found at: https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf

Approval of Fee

The requirement for the approval of fees ensures that a representative will receive fair value for the services performed before HHS on behalf of a beneficiary, and provides the beneficiary with a measure of security that the fees are determined to be reasonable. In approving a requested fee, OMHA or Medicare Appeals Council will consider the nature and type of services rendered, the complexity of the case, the level of skill and competence required in rendition of the services, the amount of time spent on the case, the results achieved, the level of administrative review to which the representative carried the appeal and the amount of the fee requested by the representative.

Conflict of Interest

Sections 203, 205 and 207 of Title XVIII of the United States Code make it a criminal offense for certain officers, employees and former officers and employees of the United States to render certain services in matters affecting the Government or to aid or assist in the prosecution of claims against the United States. Individuals with a conflict of interest are excluded from being representatives of beneficiaries before HHS.

Where to Send This Form

Send this form to the same location where you are sending (or have already sent) your: appeal if you are filing an appeal, grievance or complaint if you are filing a grievance or complaint, or an initial determination or decision if you are requesting an initial determination or decision. If additional help is needed, contact 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY users call 1-877-486-2048), or your Medicare plan.

You have the right to get Medicare information in an accessible format, like large print, Braille, or audio. You also have the right to file a complaint if you feel you've been discriminated against. Visit https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice, or call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) for more information. TTY users can call 1-877-486-2048.

SAMPLE

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-0950. The time required to prepare and distribute this collection is 15 minutes per notice, including the time to select the preprinted form, complete it and deliver it to the beneficiary. If you have comments concerning the accuracy of the time estimates or suggestions for improving this form, please write to CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.

YOUR AGENCY NAME

Pertinent instructions related to the patient's care and treatments (specific to the patient's care needs): (instruction/teaching sheet including additional information, also refer to patient handbook instructions) (Servicio a Proveer)

Patient's Name / Nombre: _____ **Staff / Name / Title:** _____

Caregiver / Cuidador: _____

CARE PLAN | Plan de Cuidado — Reviewed with patient/caregiver/family involvement

- ☐ Home Safety Program (Precauciones de Seguridad)
- ☐ Oxygen Use / Precautions (Oxígeno)
- ☐ Infection Prevention (Infecciones)

NURSING / AIDE | Enfermería / Auxiliar *(write a check mark in the service provided)*

- ☐ Patient-specific parameters for notifying physician of changes in vital signs; plan when disease symptoms exacerbate (Notificación de parámetros)
- ☐ Falls prevention teachings (Caídas)
- ☐ Complete Assessment, Monitoring of Vital Signs
- ☐ Nutritional management / Diet (Nutrición / Dieta)
- ☐ D/C Planning Discussed / Explained (Alta)
- ☐ Diabetic foot care including monitoring for skin lesions on lower extremities; patient/caregiver education (Cuidado de diabetes)
- ☐ Intervention(s) to prevent pressure ulcers (Úlceras)
- ☐ Intervention(s) to monitor and mitigate pain (Dolor)
- ☐ Medication Management — regimen, compliance, use, side effects (Medicamentos)
- ☐ Skin / Foot Care (Cuidado de la piel, pies)

Other Care / Training (Otros cuidados): _____

SKILLED CARE TO BE PROVIDED | Cuidado / Servicio a Proveer *(write a check mark in the service provided)*

Injection Route: _____ **Site:** _____ **Med. Given:** _____ **Dose:** _____ **Reaction:** _____

- ☐ See Medication schedule
- ☐ See Medication Schedule
- ☐ Foley Change / Care
- ☐ Standard / Universal Precautions Followed (Precauciones)
- ☐ Diabetic Observation / Care (Cuidado de diabetes)
- ☐ Assistance with Personal Care, ADLs — Aide Care Plan provided to patient
- ☐ Patient Education / Teaching
- ☐ Aseptic Technique / Correct Handwashing Technique Followed
- ☐ Evaluation of Patient's Care Plan (Evaluación del plan)
- ☐ Goals of Care Explained (Metas)
- ☐ Wound Care / Dressing Change Prep. (Cuidado de heridas)
- ☐ Quality Control of Glucometer (Glucómetro)
- ☐ No caregiver/family available/willing to help with care/procedures
- ☐ Skilled Care, Observation / Assessment

SN and Aide Frequency / Frecuencia: _____

Other Care / Training (Otros cuidados): _____

THERAPY SERVICES | Servicios de Terapia *(write a check mark in the service provided)*

Physical Therapy (Terapia Física): Frequency: _____ **Occupational Therapy (Terapia Ocupacional): Frequency:** _____ **Speech Therapy (Terapia del Habla) Frequency:** _____

- ☐ Therapy Care Plan Provided to Patient
- ☐ Balance Training / Activities
- ☐ Teach Hip Safety Precautions (Seguridad)
- ☐ Prosthetic Training (Prótesis)
- ☐ Teach Use of Assistive Device (Equipos)
- ☐ Fine Motor Coordination
- ☐ Sensory Treatment, Orthotics / Splinting (Tratamiento sentidos)
- ☐ Pain Mitigation and Treatment (Disminuir dolor)
- ☐ Gait / Ambulation Training
- ☐ Independent Living / ADL Training (feeding, perceptual skill)
- ☐ Progress Toward Achievement of Goals, Measurable Outcome
- ☐ Evaluation / Care Plan Assessed
- ☐ Ultrasound / Electrotherapy
- ☐ Establish / Upgrade Home Exercise Program (Ejercicios)
- ☐ Patient / Caregiver Education (Educación)
- ☐ Functional / Bed Mobility Training (Mobilidad en cama)
- ☐ Muscle Re-education
- ☐ Falls Prevention – Safety (Caídas)
- ☐ Patient's Strengths, Goals, and Care Preferences (Metas)
- ☐ Teach Alternative Bathing Skills
- ☐ Transfer Training (Transferencia)
- ☐ TENS / Falls Prevention – Safety
- ☐ Pulmonary Physical Therapy Services
- ☐ Language Processing (Lenguaje)
- ☐ Therapeutic Exercise
- ☐ Dysphagia Treatments
- ☐ Non-oral Communication (Comunicación)
- ☐ Speech Dysphagia Instruction Program (Inst. del Habla)
- ☐ Care of Voice Prosthesis (Cuidado de prótesis de la voz)
- ☐ Lip, Tongue, Facial Exercises (Ejercicios de la cara)
- ☐ Aural Rehabilitation
- ☐ Alaryngeal Speech Skills
- ☐ Speech Articulation Disorders

Other Care / Training (Otros cuidados): _____

SOCIAL WORK & OTHER SERVICES | Trabajo Social y Otros Servicios *(write a check mark in the service provided)*

MSW — Copy of MSW Plan Provided to Patient (Trabajador Social): _____ **Frequency:** _____

- ☐ Teach self-management skills
- ☐ Assessment of social and emotional factors
- ☐ Emotional support to patient/client/family
- ☐ Arrangement of meal services

Other Services / Otros Servicios: _____

Date / Fecha: _____

SAMPLE

Fight the flu and another like respiratory illness

- Protect yourself, protect others— get a flu vaccine every year.
- Prevent the spread of germs— cover coughs and sneezes.
- Use facemask, frequent hand washing, clean surfaces, isolate yourself if you are ill.

SAMPLE

Combata la gripe y otras enfermedades respiratorias.

- ***Protéjase, proteja a los demás— vacúnese contra la influenza todos los años.***
- ***Evite la propagación de los gérmenes— cúbrase cuando tose o estornuda.***
- ***Use mascara, lavarse las manos con frecuencia, limpiar superficies, aislarse si está enfermo.***

To learn more,visit www.cdc.gov/flu

CALENDAR OF VISITS
Calendario de visitas

YOUR AGENCY NAME

Patient Name *(Nombre del paciente)*:

VISIT FREQUENCIES *Frecuencia de visitas*

SERVICE *Servicio*	FREQUENCY *Frecuencia*
Skilled Nursing *Enfermería especializada*	
Physical Therapy (PT) *Terapia física*	
Occupational Therapy (OT) *Terapia ocupacional*	
Speech Therapy (ST) *Terapia del habla*	
Home Health Aide (HHA) *Auxiliar de salud en el hogar*	

SAMPLE

Month/Mes:

Sunday *Domingo*	Monday *Lunes*	Tuesday *Martes*	Wednesday *Miérc.*	Thursday *Jueves*	Friday *Viernes*	Saturday *Sábado*
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Month/Mes:

Sunday *Domingo*	Monday *Lunes*	Tuesday *Martes*	Wednesday *Miérc.*	Thursday *Jueves*	Friday *Viernes*	Saturday *Sábado*
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Language Assistance Services: Point to your language.

An interpreter will be called. The interpreter is provided at no cost to you.

1-877-696-6775 (U.S. Department of Health & Human Services)

https://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/language-assistance/index.html

DRAFT

American Sign Language Point to your language. An interpreter will be called. The interpreter is provided at no cost to you.	**Korean** 한국어 귀하께서 사용하는 언어를 지정하시면 해당 언어 통역 서비스를 무료로 제공해 드립니다.
Arabic عربي أشر إلى لغتك. وسيتم الاتصال بمترجم فوري. كما سيتم إحضار المترجم الفوري مجانًا.	**Mandarin** 國語 請指認您的語言， 以便為您提供免費的口譯服務。
Bengali বাংলা আপনার ভাষার দিকে নির্দেশ করুন। একজন দোভাষীকে ডাকা হবে।দোভাষী আপনি নিখরচায় পাবেন।	**Nepali** नेपाली आफ्नो भाषातर्फ औंल्याउनुहोस्। एक दोभाषेलाई बोलाइनेछ। तपाईंको विना कुनै खर्चको, एकजना दोभाषे उपलब्ध गराइनेछ।
Burmese မြန်မာ သင့်ဘာသာစကားကို ညွှန်ပြပါ။ စကားပြန် ခေါ်ပေးပါမယ်။ သင့်အတွက် စကားပြန် အခမဲ့ ပေးပါမယ်။	**Polish** Polski Proszę wskazać swój język i wezwiemy tłumacza. Usługa ta zapewniana jest bezpłatnie.
Cantonese 廣東話 請指認您的語言， 以便為您提供免費的口譯服務。	**Portuguese** Português Indique o seu idioma. Um intérprete será chamado. A interpretação é fornecida sem qualquer custo para você.
Farsi فارسي زبان مورد نظر خود را مشخص کنید. یک مترجم برای شما درخواست خواهد شد. مترجم بصورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرد.	**Punjabi** ਪੰਜਾਬੀ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰੋ। ਜਿਸ ਮੁਤਾਬਕ ਇਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਬੁਲਾਇਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਦੀ ਮੁਫਤ ਇੰਤਜ਼ਾਮ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।
French Français Indiquez votre langue et nous appellerons un interprète. Le service est gratuit.	**Romanian** Română Indicaţi limba pe care o vorbiţi. Vi se va face legătura cu un interpret caare vă este asigurat gratuit.
Haitian Creole Kreyòl Lonje dwèt ou sou lang ou pale a epi n ap rele yon entèprèt pou ou. Nou ba ou sèvis entèprèt la gratis.	**Russian** Русский Укажите язык, на котором вы говорите. Вам вызовут переводчика. Услуги переводчика предоставляются бесплатно.
Hindi हिंदी अपनी भाषा को इंगित करें। जिसके अनुसार आपके लिए दुभाषिया बुलाया जाएगा। आपके लिए द्भाषिया की निशुल्क व्यवस्था की जाती है।	**Somali** Af-Soomaali Farta ku fiiqluqadaada… Waxa laguugu yeeri doonaa turjubaan. Turjubaanka wax lacagi kaaga bixi mayso.
Hmong Hmoob Taw rau koj hom lus. Yuav hu rau ib tug neeg txhais lus. Yuav muaj neeg txhais lus yam uas koj tsis tau them dab tsi.	**Spanish** Español Señale su idioma y llamaremos a un intérprete. El servicio es gratuito.
Italian Italiano Indicare la propia lingua. Un interprete sarà chiamato. Il servizio è gratuito.	**Tagalog** Tagalog Ituro po ang inyong wika. Isang tagasalin ang ipagkakaloob nang libre sa inyo.
Japanese 日本語 あなたの話す言語を指してください。 無料で通訳サービスを提供します。	**Vietnamese** Tiếng Việt Hãy chỉ vào ngôn ngữ của quý vị. Một thông dịch viên sẽ được gọi đến, quý vị sẽ không phải trả tiền cho thông dịch viên.

Your Agency Name

Case Management / Care Coordination Communication Note

Patient Name: _____ **MR#:** _____

Date	Name / Signature	Discipline	Comments / Notes

SAMPLE

Your Agency Name

BILL OF RIGHTS STATEMENT

Patient Name: _____ **MR# :** _____

Rights of the patient. As our client, you have the right to exercise your rights and/or designate a representative to exercise them for you.
The patient has the right to: (Refer to Agency Policy: "NOTICE OF RIGHTS.")

(1) Be informed of his or her rights and have his or her property and person treated with respect.

(2) Be free from verbal, mental, sexual, and physical abuse, including injuries of unknown source, neglect, and misappropriation of property.

(3) Voice and report grievances or complaints regarding treatment or care that is delivered or fails to be delivered, lack of respect for property and/or person, or violation of any rights to our Agency, the accrediting body (if applicable), and state or local agencies.

(4) Participate in, be informed about, and consent to or refuse care in advance of and during treatment, where appropriate, with respect to: (i) the mode of care delivery, including the use of telecommunications when applicable; (ii) completion of all assessments; (iii) the care to be furnished, based on the comprehensive assessment; (iv) establishing and revising the plan of care; (v) the disciplines that will furnish the care; (vi) the frequency of visits; (vii) expected outcomes of care, including patient-identified goals and anticipated risks and benefits; (viii) any factors that could impact treatment effectiveness; and (ix) any changes in the care to be furnished.

(5) Receive appropriate care without discrimination in accordance with physician orders. Be fully informed of one's responsibilities.

(6) Have a confidential clinical record and access to, or release of, patient information and clinical records in accordance with the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) and applicable regulations. An OASIS privacy notice will be provided to all patients for whom OASIS data is collected.

(7) Be advised orally and in writing of: (i) the extent to which payment for HHA services may be expected from Medicare, Medicaid, or any other federally funded or federal aid program known to the Agency; (ii) charges for services that may not be covered by Medicare, Medicaid, or any other federally funded or federal aid program known to the Agency; (iii) charges the individual may have to pay before care is initiated; and (iv) any changes in the information provided when they occur. Our Agency will advise the patient and representative (if any) of these changes as soon as possible and in advance of the next home health visit. Be informed of the patient's rights under state law to formulate an Advance Directive.

(8) Receive proper written notice, in advance of a specific service being furnished, if our Agency believes that the service may be non-covered care; or in advance of our Agency reducing or terminating ongoing care. Be informed of any financial benefits when referred to an HHA.

(9) Be advised of the State toll-free home health telephone hotline, its contact information, its hours of operation, and that its purpose is to receive complaints or questions about local HHAs; and be advised of the accrediting body's hotline (if applicable) to ask questions, report grievances, or voice complaints.

(10) Be advised of the names, addresses, and telephone numbers of the following federally funded and state-funded entities that serve the area where the patient resides: (i) Agency on Aging; (ii) Center for Independent Living; (iii) Protection and Advocacy Agency; (iv) Aging and Disability Resource Center; and (v) Quality Improvement Organization.

(11) Be free from any discrimination or reprisal for exercising his or her rights or for voicing grievances to our Agency or an outside entity.

(12) Be informed of the right to access auxiliary aids and language services, how to access these services, and that they are available free of charge.

(13) Choose his or her attending physician or allowed practitioner and other providers of care, such as pharmacy and medical equipment suppliers.

(14) Be told the name, title, and discipline of the staff providing care, and be told in advance when assigned staff change.

SAMPLE

TRANSFER AND DISCHARGE

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

INVESTIGATION OF COMPLAINTS

Our HHA must: (1)(i) investigate complaints made by a patient, the patient's representative (if any), and the patient's caregivers and family, including, but not limited to: (A) treatment or care that is furnished, fails to be furnished, is furnished inconsistently, or is furnished inappropriately; and (B) mistreatment, neglect, or verbal, mental, sexual, and physical abuse, including injuries of unknown source, and/or misappropriation of patient property by anyone furnishing services on behalf of our Agency; (ii) document both the existence of the complaint and its resolution; and (iii) take action to prevent further potential violations, including retaliation, while the complaint is being investigated. (2) Any HHA staff member, whether employed directly or under arrangements, who in the normal course of providing services identifies, notices, or recognizes incidents or circumstances of mistreatment, neglect, verbal, mental, sexual, and/or physical abuse, including injuries of unknown source, or misappropriation of patient property, must report these findings immediately to our Agency and other appropriate authorities in accordance with state law. Contact information for our Agency Administrator, including name, business address, and business phone number, will be provided for the receipt of complaints.

ACCESSIBILITY

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

ACKNOWLEDGMENT

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

Staff Name / Title / Signature: _____ **Date:** _____

DECLARACIÓN DE DERECHOS

Nombre del Paciente: _____ **MR#:** _____

Derechos del paciente. Como nuestro cliente, usted tiene derecho a ejercer sus derechos y/o designar a un representante para que los ejerza por usted.
El paciente tiene derecho a: (Consulte la Política de la Agencia: "AVISO DE DERECHOS".)

(1) Ser informado de sus derechos y que su propiedad y su persona sean tratadas con respeto.

(2) Estar libre de abuso verbal, mental, sexual y físico, incluidas lesiones de origen desconocido, negligencia y apropiación indebida de bienes.

(3) Expresar y presentar quejas o reclamos sobre el tratamiento o la atención que se presta o deja de prestarse, la falta de respeto a la propiedad y/o a la persona, o la violación de cualquier derecho ante nuestra Agencia, el organismo de acreditación (si corresponde) y agencias estatales o locales.

(4) Participar, ser informado y consentir o rechazar la atención antes y durante el tratamiento, cuando corresponda, con respecto a: (i) la modalidad de prestación de la atención, incluido el uso de telecomunicaciones cuando corresponda; (ii) la realización de todas las evaluaciones; (iii) la atención que se proporcionará, basada en la evaluación integral; (iv) el establecimiento y la revisión del plan de atención; (v) las disciplinas que proporcionarán la atención; (vi) la frecuencia de las visitas; (vii) los resultados esperados de la atención, incluidos los objetivos identificados por el paciente y los riesgos y beneficios previstos; (viii) cualquier factor que pueda afectar la eficacia del tratamiento; y (ix) cualquier cambio en la atención que se proporcionará.

(5) Recibir la atención apropiada sin discriminación, de acuerdo con las órdenes del médico. Ser plenamente informado de sus responsabilidades.

(6) Tener un expediente clínico confidencial y acceso a la información y los expedientes clínicos del paciente, o su divulgación, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y las reglamentaciones aplicables. Se proporcionará un aviso de privacidad de OASIS a todos los pacientes para quienes se recopilen datos de OASIS.

(7) Ser informado verbalmente y por escrito de: (i) el alcance en que se puede esperar que Medicare, Medicaid o cualquier otro programa financiado o asistido por el gobierno federal conocido por la Agencia pague los servicios de HHA; (ii) los cargos por servicios que podrían no estar cubiertos por Medicare, Medicaid o cualquier otro programa financiado o asistido por el gobierno federal conocido por la Agencia; (iii) los cargos que la persona podría tener que pagar antes de iniciar la atención; y (iv) cualquier cambio en la información proporcionada cuando ocurra. Nuestra Agencia informará al paciente y a su representante (si lo hubiera) de estos cambios tan pronto como sea posible y antes de la siguiente visita de salud en el hogar. Ser informado de los derechos del paciente según la ley estatal para formular una Directiva Anticipada.

(8) Recibir aviso escrito apropiado, antes de que se preste un servicio específico, si nuestra Agencia considera que dicho servicio podría ser atención no cubierta; o antes de que nuestra Agencia reduzca o termine la atención continua. Ser informado de cualquier beneficio financiero cuando sea referido a una HHA.

(9) Ser informado de la línea telefónica estatal gratuita de atención de salud en el hogar, su información de contacto, horario de operación y que su propósito es recibir quejas o preguntas sobre las HHA locales; y ser informado de la línea directa del organismo de acreditación (si corresponde) para hacer preguntas, presentar reclamos o expresar quejas.

(10) Ser informado de los nombres, direcciones y números de teléfono de las siguientes entidades financiadas por el gobierno federal y estatal que prestan servicios en el área donde reside el paciente: (i) Agencia sobre Envejecimiento; (ii) Centro para la Vida Independiente; (iii) Agencia de Protección y Defensa; (iv) Centro de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad; y (v) Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

(11) Estar libre de toda discriminación o represalia por ejercer sus derechos o por expresar quejas ante nuestra Agencia o una entidad externa.

(12) Ser informado del derecho a acceder a ayudas auxiliares y servicios de idiomas, cómo acceder a estos servicios y que están disponibles sin costo.

(13) Elegir a su médico de cabecera o profesional autorizado y a otros proveedores de atención, como la farmacia y los proveedores de equipo médico.

(14) Que se le informe el nombre, el cargo y la disciplina del personal que le brinda atención, y que se le avise con anticipación cuando cambie el personal asignado.

TRANSFERENCIA Y ALTA

El paciente y su representante (si lo hubiera) tienen derecho a ser informados de las políticas de la HHA para transferencia y alta. La HHA puede transferir o dar de alta al paciente de nuestra Agencia únicamente si: (1) la transferencia o el alta es necesaria para el bienestar del paciente porque nuestra Agencia y el médico responsable del plan de atención de salud en el hogar acuerdan que nuestra Agencia ya no puede satisfacer las necesidades del paciente, según la agudeza de su condición. Nuestra Agencia debe coordinar una transferencia segura y apropiada a otras entidades de atención cuando las necesidades del paciente excedan las capacidades de la HHA; (2) el paciente o pagador ya no pagará por los servicios proporcionados por nuestra Agencia; (3) la transferencia o el alta es apropiada porque el médico responsable del plan de atención y nuestra Agencia acuerdan que se han alcanzado los resultados medibles y los objetivos del plan de atención y que el paciente ya no necesita servicios de HHA; (4) el paciente rechaza los servicios o elige ser transferido o dado de alta; (5) alta por causa, cuando la Agencia determina que la conducta del paciente, o de otras personas en el hogar del paciente, es perturbadora, abusiva o poco cooperativa hasta el punto de que la prestación de atención al paciente o la capacidad de nuestra Agencia para operar eficazmente se ve seriamente afectada. Antes del alta por causa, nuestra Agencia debe: (i) informar al paciente, al representante (si lo hubiera), al médico responsable del plan de atención de salud en el hogar y al profesional de atención primaria del paciente u otro profesional de salud que será responsable de proporcionar atención y servicios después del alta (si lo hubiera) que se está considerando un alta por causa; (ii) hacer esfuerzos para resolver los problemas presentados por la conducta del paciente, la conducta de otras personas en el hogar del paciente o la situación; (iii) proporcionar al paciente y al representante (si lo hubiera) información de contacto de otras agencias o proveedores que puedan brindar atención; y (iv) documentar en el expediente clínico los problemas y los esfuerzos realizados para resolverlos; (6) el paciente fallece; o (7) nuestra Agencia deja de operar.

INVESTIGACIÓN DE QUEJAS

Nuestra HHA debe: (1)(i) investigar las quejas presentadas por un paciente, el representante del paciente (si lo hubiera), y los cuidadores y familiares del paciente, incluidas, entre otras: (A) tratamiento o atención que se proporciona, no se proporciona, se proporciona de manera inconsistente o se proporciona inapropiadamente; y (B) maltrato, negligencia o abuso verbal, mental, sexual y físico, incluidas lesiones de origen desconocido, y/o apropiación indebida de bienes del paciente por cualquier persona que preste servicios en nombre de nuestra Agencia; (ii) documentar tanto la existencia de la queja como su resolución; y (iii) tomar medidas para prevenir posibles violaciones adicionales, incluidas represalias, mientras se investiga la queja. (2) Todo miembro del personal de la HHA, ya sea empleado directamente o mediante acuerdos, que en el curso normal de la prestación de servicios identifique, observe o reconozca incidentes o circunstancias de maltrato, negligencia, abuso verbal, mental, sexual y/o físico, incluidas lesiones de origen desconocido, o apropiación indebida de bienes del paciente, debe informar estos hallazgos inmediatamente a nuestra Agencia y a otras autoridades apropiadas de conformidad con la ley estatal. Se proporcionará la información de contacto del Administrador de nuestra Agencia, incluido nombre, dirección comercial y número de teléfono comercial, para la recepción de quejas.

ACCESIBILIDAD

La información debe proporcionarse a los pacientes en lenguaje sencillo y de manera accesible y oportuna a: (1) personas con discapacidades, incluso mediante sitios web accesibles y la provisión de ayudas y servicios auxiliares sin costo para la persona, de conformidad con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación; y (2) personas con dominio limitado del inglés mediante servicios de idiomas sin costo para la persona, incluida la interpretación oral y las traducciones escritas.

RECONOCIMIENTO

El Acuerdo de Servicios, firmado por el paciente o representante legal, reconoce que él/ella recibió el Aviso de la Declaración de Derechos.

Nombre / Título / Firma del Personal: _____ **Fecha:** _____

SAMPLE

HOME CARE AIDE CARE PLAN
Plan de Cuidado del Auxiliar de Salud en el Hogar

YOUR AGENCY NAME

Patient Address: *Dirección del paciente* _____ **Telephone No.:** *Núm. de teléfono* _____

Directions to Home: *Instrucciones para llegar* _____

Case Manager: *Gerente de caso* _____ **Phone No.:** *Teléfono* _____

Frequency/Duration: *Frecuencia/Duración* _____

Supervisory visits every: *Visitas de supervisión cada*

○ 14 days / 14 días ○ 30 days / 30 días ○ 60 days / 60 días ○ Other / Otro

Patient problem: *Problema del paciente* _____

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

PARAMETERS TO NOTIFY CARE MANAGER
Parámetros para notificar al gerente de caso

Temp.: *Temp.* _____ **BP:** *PA* _____

P: *P* _____ **R:** *R* _____

Urine: *Orine* _____

Other (pain): *Otro (dolor)* _____

DNR: ○ Yes / Sí ○ No ☑ Changes in skin condition/Cambios en la piel

PRECAUTIONARY AND OTHER PERTINENT INFORMATION - Check all that apply. Circle the appropriate item if separated by slash.
Marque todo lo que aplique. Encierre en un círculo el elemento correcto si está separado por una barra.

- ☐ Lives alone/*Vive solo*
- ☐ Lives with other/*Vive con otros*
- ☐ Alone during the day/*Solo durante el día*
- ☐ Bed bound/*Confinado a la cama*
- ☐ Bed rest/BRPs/*Descanso en la cama*
  - ☐ Up as tolerated/*Se levanta hasta donde pueda*
- ☐ Amputee (specify)/*Amputación:* _____
- ☐ Partial weight bearing/*Soporte parcial:* ☐ R ☐ L
- ☐ Non weight bearing/*No soporte de peso:* ☐ L ☐ R
- ☐ Fall precautions/*Prevención de caídas*
- ☐ Special equipment/*Equipos especiales:* _____
- ☐ Speech/Communication deficit/*Habla deficiente*
- ☐ Vision deficit/*Visión def:* ☐ Glasses/*Espejuelos*
  - ☐ Contacts/*Lentes de contacto*
  - ☐ Other/*Otro:* _____
- ☐ Hearing deficit/*Def. Auditiva:* ☐ Hearing aid/*Ayuda a oír*
- ☐ Dentures/*Dentaduras:* ☐ Upper/*Sup.* ☐ Lower/*Baja* ☐ Partial/*Parcial*
- ☐ Oriented/*Orientado x 3* ☐ Alert/*Alerta*
- ☐ Forgetful/Confused-*Olvidadizo/Confuso*
- ☐ Urinary catheter/*Catéter urinario*
- ☐ Prosthesis/*Prótesis* (specify): _____
- ☐ Allergies/*Alergias* (specify): _____
- ☐ Diabetic/*Diabético* ☐ Do not cut nails/*No cortar uñas*
  - ☐ Diet/*Dieta:* _____
- ☐ Seizure precaution/*Prec. con convulsiones*
- ☐ Watch for hyper/hypoglycemia/*Vigilar hiper/hipoglucemia*
- ☐ Bleeding precautions/*Prec. de sangrado*
- ☐ Prone to fractures/*Posible fracturas* _____
- ☐ Other (specify)/*Otro (especificar):* _____

Mark all applicable tasks. Specify by marking the applicable activity for those items.
Marque todas las tareas aplicables. Escriba precauciones o instrucciones adicionales junto al artículo correspondiente.

	ASSIGNMENT *Asignación*	Every Visit	Weekly	MULTI-VISITS *Multi-visitas/día* 1	2	3	4	NOTES *Notas*
SIGNOS VITALES VITALS	Temperature *Temperatura*	○	○	○	○	○	○	
	Pulse *Pulso*	○	○	○	○	○	○	
	Respirations *Respiraciones*	○	○	○	○	○	○	
	Blood Pressure *Presión Arterial*	○	○	○	○	○	○	
	Weight *Peso*	○	○	○	○	○	○	
	Pain Rating *Nivel de Dolor* **(0-10 Scale): _____**	○	○	○	○	○	○	
BAÑO BATH	Tub / Shower *Bañera / Ducha*	○	○	○	○	○	○	
	Bed Bath: Partial/Complete *Baño en cama: Parcial/Completo*	○	○	○	○	○	○	
	Assist Bath - Chair *Asistencia de baño - Silla*	○	○	○	○	○	○	
HIGIENE/ASEO HYGIENE/GROOMING	Personal Care *Cuidado personal*	○	○	○	○	○	○	
	Assist with Dressing *Ayuda para vestirse*	○	○	○	○	○	○	
	Hair Care *Cuidado del cabello*	○	○	○	○	○	○	
	Shampoo *Champú*	○	○	○	○	○	○	
	Skin Care *Cuidado de la piel*	○	○	○	○	○	○	
	Moisturizer *Humectante*	○	○	○	○	○	○	
	Foot Care *Cuidado de los pies*	○	○	○	○	○	○	
	Check Pressure Sores *Revisar úlceras por presión*	○	○	○	○	○	○	
	Nail Care *Cuidado de uñas*	○	○	○	○	○	○	
	Oral Care *Cuidado bucal*	○	○	○	○	○	○	
	Clean Dentures *Limpiar dentadura*	○	○	○	○	○	○	
	Shave *Afeitar*	○	○	○	○	○	○	
PROCEDIMIENTOS PROCEDURES	Other (specify): *Otro (especifique)*	○	○	○	○	○	○	
	Assist with Elimination *Ayuda con eliminación*	○	○	○	○	○	○	
	Catheter Care *Cuidado del catéter*	○	○	○	○	○	○	
	Ostomy Care *Cuidado de ostomía*	○	○	○	○	○	○	
	Record Intake/Output *Registrar ingesta/excreta*	○	○	○	○	○	○	
	Inspect/Reinforce Dressing *Inspeccionar/reforzar vendaje*	○	○	○	○	○	○	
	Medication Reminder *Recordatorio de medicamentos*	○	○	○	○	○	○	
	Medication Assistance *Ayuda con medicamentos*	○	○	○	○	○	○	
	Other (specify): *Otro (especifique)* _____	○	○	○	○	○	○	

	ASSIGNMENT *Asignación*	Every Visit	Weekly	MULTI-VISITS *Multi-visitas/día* 1	2	3	4	NOTES *Notas*
ACTIVIDAD ACTIVITY	Assist with: Ambulation/W/C/Walker/Cane *Ayuda con: Caminar/Silla/Andador/Bastón*	○	○	○	○	○	○	
	Mobility: Chair/Bed/Dangle/Commode/Shower/Tub *Movilidad: Silla/Cama/Borde/Cómodo/Ducha/Bañera*	○	○	○	○	○	○	
	ROM: Active/Passive R/L Leg R/L *ROM: Activo/Pasivo D/I Pierna D/I*	○	○	○	○	○	○	
	Positioning - Encourage/Assist every ___ hrs *Posicionamiento - Animar/Ayudar cada ___ hrs*	○	○	○	○	○	○	
	Exercise - Per: PT/OT/SLP Care Plan *Ejercicio - Según plan de: TF/TO/Habla*	○	○	○	○	○	○	
	Other (specify): *Otro (especifique)*	○	○	○	○	○	○	
NUTRICIÓN NUTRITION	Meal Preparation *Preparación de comidas*	○	○	○	○	○	○	
	Assist with Feeding *Ayuda para comer*	○	○	○	○	○	○	
	Limit / Encourage Fluids *Limitar/Fomentar líquidos*	○	○	○	○	○	○	
	Grocery Shopping *Compras de comestibles*	○	○	○	○	○	○	
	Other (specify): *Otro (especifique)*	○	○	○	○	○	○	
OTRO OTHER	Wash Clothes *Lavar ropa*	○	○	○	○	○	○	
	Light Housekeeping: Bedroom/Bath/Kitchen/Linen *Limpieza: Dormitorio/Baño/Cocina/Ropa de cama*	○	○	○	○	○	○	
	Equipment Care *Cuidado del equipo*	○	○	○	○	○	○	
	Other (specify): *Otro (especifique)*	○	○	○	○	○	○	

SAMPLE

NURSE NAME, SIGNATURE/TITLE *Firma/Título* _____ **DATE** *Fecha* _____

NURSE NAME, SIGNATURE/TITLE *Firma/Título* _____ **DATE** *Fecha* _____

NURSE NAME, SIGNATURE/TITLE *Firma/Título* _____ **DATE** *Fecha* _____

NURSE NAME, SIGNATURE/TITLE *Firma/Título* _____ **DATE** *Fecha* _____

Review and/or revise at least every 60 days / *Revisar y/o modificar al menos cada 60 días*

PART 1 - Clinical Record
Parte 1 - Registro Clínico

PART 2 - Patient
Parte 2 - Paciente

PATIENT NAME - Last, First, Middle Initial: *Nombre del paciente - Apellido, Nombre, Inicial* _____ **ID#:** _____

YOUR AGENCY NAME

EMERGENCY / DISASTER PLAN FOR HOME HEALTH CARE PATIENTS

PLAN DE EMERGENCIA / DESASTRE PARA PACIENTES DE ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO

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

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

POR FAVOR, CONTACTE A NUESTRA AGENCIA PARA CONOCER OPCIONES DE SERVICIO ALTERNATIVAS EN CASO DE DESASTRE

Information obtained from / *Información obtenida de:* ☐ **Client/Patient *(Cliente/Paciente)*** ☐ **Caregiver *(Persona encargada)*** **Date / *Fecha*** _____

Caregiver info — (if appicable/*si aplica*): **Name/*Nombre*** _____ **Relationship/*Relación*** _____ **Phone/*Teléfono*** _____

PATIENT DATA
Datos del Paciente

Client/*Cliente* **MR#** _____

DOB/*Fecha Nac.* **Age/*Edad*** **Living situation/*Cómo vive*** _____

Address/*Dirección* _____

Health Insurance, phone / *Seguro Médico, tel* _____

ALLERGIES
Alergias

☐ NKA ☐ Penicillin *(Penicilina)* ☐ Sulfa *(Sulfa)* ☐ Aspirin *(Aspirina)* ☐ Iodine *(Yodo)* ☐ Other: *(Otro:)*

Medications: see medication schedule (part of the Emergency Plan) / *Medicamentos: ver el registro de medicinas (parte del Plan de Emergencia)*

PHARMACY & DOCTOR
Farmacia y Médico

Pharmacy/*Farmacia* **Phone/*Tel.*** **Doctor/*Médico*** **Phone/*Tel.***

HOME MEDICAL EQUIPMENT (COMPANY)
Equipo Médico en el Hogar (Compañía)

Company/*Compañía* **Phone/*Tel.*** ☐ None *(Ninguno)* ☐ Unknown *(Desc.)*

SERVICE & CLASSIFICATION
Servicio y Clasificación

☐ Skilled *(Especializado)* ☐ Non-Skilled *(No Espec.)* Classification *(circle)*: **1 2 3 4**

(***see back for classification definitions*** / *ver definiciones al reverso*)

IN CASE OF EMERGENCY, CLIENT WILL:
En caso de emergencia, el cliente:

☐ Stay home — who helps w/ meds? *(¿quién ayuda?)* _____

☐ With family — Name/Addr.: *(Nombre/Dir.)* _____

☐ Shelter — Address: *(Dirección)* _____

☐ Hospital if needed — Name: *(Nombre)* _____

TRANSPORTATION
Transportación

☐ Not needed, N/A *(No necesaria)* ☐ Family drives *(Familia lleva)*

☐ Public transport *(Transp. pública)* ☐ Special transport *(Transp. especial)*

Other/Otro _____

EMERGENCY CONTACTS
Contactos de Emergencia

Name/*Nombre* **Relationship/*Relación*** **Phone/*Tel.***

Name/*Nombre* **Relationship/*Relación*** **Phone/*Tel.***

Nurse/PT Name — *Enfermero(a)/Terapeuta* **Phone/*Tel.***

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

SUPPLIES / DME
Suministros y Equipos Médicos

☐ Basic exam kit: stethoscope, thermometer, BP cuff, gloves, alcohol pads, scale *(Equipo básico: estetoscopio, termómetro, esfigmomanómetro, guantes, almohadillas de alcohol, pesa)*
☐ Walker *(Andador)*
☐ Cane *(Bastón)*
☐ Wheelchair (W/C) *(Silla de ruedas)*
☐ Commode *(Cómoda)*
☐ Hospital Bed *(Cama de hospital)*
☐ Diabetic Supplies *(Suministros para diabéticos)*
☐ Wound care Supplies *(Suministros para cuidado de heridas)*
☐ Oxygen supplies *(Suministros de oxígeno)*
☐ Hoyer lift *(Grúa (elevador Hoyer))*
☐ IV supplies *(Suministros de sueros IV)*
☐ Injection Supplies *(Suministros de inyecciones)*
☐ Foley Supplies *(Suministros de catéter Foley)*
☐ Ostomy Supplies *(Suministros de ostomía)*
☐ INR supplies *(Suministros para prueba INR)*
☐ Other: *(Otro:)*

SPECIAL NEEDS / FUNCTIONAL LIMITATIONS
Necesidades Especiales / Limitaciones Funcionales

☐ Fall precautions *(Precaución de caídas)*
☐ Anticoag./Bleeding prec. *(Anticoagulantes/sangrado)*
☐ Infection control precautions *(Prevención de infecciones)*
☐ W/C bound *(Silla de ruedas)*
☐ Incontinence *(Incontinencia)*
☐ Hearing *(Oído)*
☐ Dyspnea *(Falta de aire)*
☐ Diabetic precautions *(Precaución de diabetes)*
☐ Seizures precautions *(Convulsiones)*
☐ Vision Impairments *(Problemas de visión)*
☐ Obesity *(Obesidad)*
☐ Anxiety *(Ansiedad)*
☐ Memory Impairment *(Deterioro de memoria)*
☐ Disoriented *(Desorientado)*
☐ Dementia *(Demencia)*
☐ Alzheimer's *(Alzheimer)*
☐ Other: *(Otros:)*
☐ Bedbound *(Confinado a la cama)*
☐ Wound/Pressure ulcer prec. *(Heridas/úlceras)*
☐ Amputation *(Amputación)*
☐ Severe pain *(Dolor severo)*
☐ Ambulation *(Ambulación)*
☐ Endurance *(Resistencia)*
☐ Limited English — Language: *(Inglés limitado — Idioma:)*
☐ Oxygen therapy precautions *(Precaución con oxígeno)*
☐ Weakness *(Débil)*
☐ Service animal *(Ayuda canina)*
☐ Mental Status/Depression: *(Estado mental/Depresión:)*
☐ Speech *(Habla)*
☐ Oriented *(Orientado)*
☐ Alert *(Alerta)*
☐ Forgetful *(Olvidadizo)*
☐ Aspiration precautions *(Precaución de aspiración)*

SAMPLE

IN CASE OF EMERGENCY CALL 911 — EN CASO DE EMERGENCIA LLAME AL 911

In case of nursing or related problems, please call our Agency (phone on the cover of your handbook).
Problemas con el servicio, llame a nuestra agencia (el número está en la cubierta de su manual).

Staff Name/Title/Signature — *Nombre/Firma del Empleado* **Date/*Fecha***

EMERGENCY PLAN — QUICK REFERENCE

PLAN DE EMERGENCIA — REFERENCIA RÁPIDA

Keep this document where it can easily be found. Inform other persons close to you (relative, neighbor, etc.) of its location. / Mantenga este documento en un lugar fácil de encontrar. Informe a personas cercanas (familiar, vecino, etc.) sobre su ubicación.

ENGLISH

1. Our Agency has a nurse on call 24 hours a day. You can reach the nurse through our phone number (on 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. The ambulance service number is 911.

ESPAÑOL

1. Nuestra Agencia cuenta con un representante de guardia las 24 horas del día. Usted puede comunicarse con la agencia llamando a nuestro número de teléfono (en la cubierta del libro). Después del horario de oficina y los fines de semana, la agencia contactará a la persona que esté de guardia (“on call”), quien le devolverá la llamada.
2. En caso de una emergencia, el paciente debe ser llevado al hospital más cercano. Nuestra Agencia no opera como un servicio de emergencia.
3. Para llamar a una ambulancia, marque el 911.

DRAFT

CLASSIFICATION — Please circle the correct classification for the client

CLASIFICACIÓN — Favor de circular la clasificación del paciente

D1	**CATEGORY 1 — High Risk** Patients who cannot safely forgo care: special-needs clients or anyone who needs a CPAP mask, nebulizer, oxygen, etc.; anyone with mild to moderate cognitive impairment; highly unstable patients with a high probability of inpatient admission if home care is not provided; IV therapy; highly skilled wound care; no family/caregiver; life-sustaining medication or equipment. ***CATEGORIA 1 — Alto Riesgo*** *Pacientes que no pueden renunciar a la atención de forma segura: clientes con necesidades especiales o cualquier persona que necesite máscara CPAP, nebulizador, oxígeno, etc.; cualquier persona con deterioro cognitivo leve a moderado; pacientes altamente inestables con alta probabilidad de ingreso hospitalario si no se provee atención domiciliaria; terapia IV; cuidado de heridas altamente calificado; sin familia/cuidador; medicamento o equipo para mantener la vida.*
D2	**CATEGORY 2 — Moderate Risk** Client whose condition recently worsened: a moderate level of skilled care that should be provided that day, but the visit could be postponed until the emergency situation improves. Client with untrained families/caregivers who could provide basic care in an emergency. ***CATEGORIA 2 — Riesgo Moderado*** *Paciente cuya condición empeoró recientemente: nivel moderado de cuidado que debe darse ese día, pero puede posponerse hasta que la situación de emergencia mejore. Pacientes con familiares/encargados no entrenados, pero que pueden dar cuidados básicos en una emergencia.*
D3	**CATEGORY 3 — Low Risk** Client who can safely forgo care or a scheduled visit, including Home Health Aide visits, routine supervisory visits, and evaluation visits. Client with 1–2 visits/week, or clients who have a competent family/caregiver. ***CATEGORIA 3 — Poco Riesgo*** *Paciente que de forma segura puede dejar de recibir una visita programada, incluyendo visitas de asistente de enfermería, visitas rutinarias de supervisión y evaluación. Clientes con 1 a 2 visitas por semana, o clientes que tienen familiares/encargados entrenados y competentes.*
D4	**CATEGORY 4** Patient who refused information or signed the registration release form releasing the Agency from evacuation responsibilities. ***CATEGORIA 4*** *Paciente que rehusó dar información o firmó el formulario de registro liberando a la Agencia de responsabilidades de evacuación.*

This form is provided as a quick reference in case of emergency.

Este formulario se proporciona como referencia rápida en caso de emergencia.

MANUAL DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

(TABLA DE CONTENIDO)

SECCIÓN	UBICACIÓN
Carta de Bienvenida	Interior de la Portada
Horario Regular de la Agencia	Interior de la Portada
Protección contra el Abuso, Negligencia, Explotación y Quejas	Interior de la Portada
Información de Nuestro Personal	Interior de la Portada
Tabla de Contenido (Índice)	Página 21
Definiciones de Atención Médica en el Hogar	Página 22
Disciplinas de Atención Médica en el Hogar	Página 22
Consejos para Alcanzar la Máxima Independencia	Página 22
Horario de Operaciones y Servicios de Emergencia	Página 23
Información para Personas con Discapacidades Sensoriales	Página 23
Asuntos Éticos	Página 23
Política de No Discriminación	Página 23
Confidencialidad	Página 23
Rehabilitación de Visión Reducida / Información sobre la Gripe	Página 24
Derechos del Paciente, Quejas y Reclamos	Página 24
Servicios de Asistencia Lingüística	Página 24
Requisito de Evaluación Presencial	Página 24
Cargos Mínimos por Nuestros Servicios	Página 24
Objetivos Nacionales de Seguridad del Paciente en el Hogar	Página 24
Prevención de Fraude	Página 24
Servicios	Página 24
Criterios de Elegibilidad para Admisión	Página 25
Aviso de No Cobertura del Proveedor de Medicare	Página 25
El Asistente de Salud en el Hogar	Página 25
Eliminación de Desechos Biopeligrosos	Página 25
Atención Domiciliaria y Alzheimer	Página 25
Seguridad de Medicamentos	Página 26
¿Quién es Responsable de sus Medicamentos?	Página 26
Seguridad con Oxígeno en el Hogar	Página 26
Cuídese / Cuidado de la Diabetes	Página 26
Manejo del Dolor	Página 26
Precauciones para Prevenir Caídas	Página 26
Precauciones con Dispositivos y Equipos Médicos	Página 27
Ayude a Prevenir Errores en su Atención	Página 27
Normas Básicas de Seguridad: Ambiente del Hogar	Página 27
Seguridad en el Hogar y Plan de Salida de Emergencia	Página 27
Detectores de Humo	Página 27
Prevención de Infecciones	Página 28
Procedimientos de Control de Infecciones	Página 28
Vacunas y Prevención de Enfermedades	Página 28
Precauciones Universales / Estándar del Personal	Página 28
Prácticas de Higiene Respiratoria	Página 28
Política sobre Directivas Anticipadas	Página 29
Información sobre Directivas Anticipadas	Página 29
Aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA)	Páginas 30-31
Manejo del Riesgo de Hospitalización	Página 31
Comprendiendo a su Médico y Cuidadores	Página 31
Declaración OASIS de Derechos de Privacidad del Paciente, Inteligencia Artifical información	Páginas 32-33-34
Información sobre Alta y Transferencias / Anticoagulantes, Quejas	Páginas 35-36
Derechos Del Patience / Responsabilidades Del Paciente	Páginas 37-39
Plan De Comunicación Familiar, Información sobre opiodes	Página 40
Instrucciones de Emergencia para Necesidades Especiales	Interior de la Contraportada
Guia de Recursos	Interior de la Contraportada

SAMPLE

(Todos los formularios de admisión y consentimientos se encuentran entre las secciones en inglés y español del Manual de Información del Paciente.)

DEFINICIONES Y DISCIPLINAS

DEFINICIONES

Administrador: Médico licenciado, enfermero registrado o persona que posea un título universitario y experiencia en administración de servicios de salud, con al menos un año de experiencia supervisora o administrativa en atención médica domiciliaria o en un programa relacionado de atención médica, y que sea responsable de supervisar todas las actividades de la Agencia.
Admisión: Decisión tomada por la agencia de salud en el hogar, durante o después de una visita de evaluación al hogar del paciente, de que existe una expectativa razonable de que las necesidades médicas, de enfermería y sociales del paciente para atención especializada puedan ser adecuadamente atendidas por la Agencia en el lugar de residencia del paciente. La admisión incluye la formalización de un acuerdo con el paciente o con el representante legal del paciente para proporcionar servicios de salud en el hogar.
Cliente: Persona anciana, discapacitada o convaleciente que recibe servicios especializados o no especializados de salud en el hogar, acompañamiento o asistencia doméstica en su hogar o lugar de residencia.
Director de Enfermería: Enfermero registrado que cuenta con al menos un año de experiencia supervisora como enfermero registrado y que es responsable de supervisar la prestación de servicios profesionales de enfermería y de asistentes de salud en el hogar de la Agencia.
Gerente Clínico: Persona que sea médico licenciado, fisioterapeuta, patólogo del habla y lenguaje, terapeuta ocupacional, audiólogo, trabajador social o enfermero registrado, que proporciona supervisión de todos los servicios y del personal de atención al paciente.
Agencia de Salud en el Hogar (HHA), también denominada la Agencia: Organización que proporciona servicios de salud en el hogar y servicios de personal.
Personal de la Agencia de Salud en el Hogar: Personas empleadas por o bajo contrato con una agencia de salud en el hogar que ingresan al hogar o lugar de residencia de los pacientes en cualquier momento durante el curso de su empleo o contrato.
Servicios de Salud en el Hogar: Servicios médicos y de salud, así como suministros médicos proporcionados por una organización a una persona en su hogar o lugar de residencia. El término incluye organizaciones que brindan uno o más de los siguientes servicios:

DISCIPLINAS DE SALUD EN EL HOGAR

Servicios de Enfermería Especializada: Nuestro equipo de enfermeros ha sido rigurosamente seleccionado y capacitado para enfrentar los desafíos de las actividades diarias y está obligado a asistir a clases de educación continua para mantenerse actualizado con los últimos cambios, descubrimientos y tratamientos en el campo médico y de enfermería. Nuestros enfermeros brindan servicios de manejo y cuidado de heridas, cuidado cardíaco, cuidado postoperatorio, terapia de nutrición parenteral y enteral, enseñanza e instrucciones sobre diagnósticos, medidas y precauciones de seguridad, instrucciones sobre el régimen de medicamentos, terapia e infusión intravenosa avanzada, cuidados de relevo, manejo del cuidado diabético y más.
Servicios de Asistentes de Salud: Los Asistentes de Salud en el Hogar brindan cuidado personal a nuestros pacientes bajo la supervisión de un Enfermero Registrado o un Terapeuta Registrado. Los asistentes proporcionan cuidado personal, ayuda con el baño, preparación y servicio de comidas ligeras, tareas domésticas ligeras, asistencia con las actividades de la vida diaria (ADL), ayuda con la movilidad y transferencias, asistencia con la autoadministración de medicamentos y compañía.
Servicios de Terapia Especializada: Nuestros terapeutas altamente capacitados evalúan las limitaciones funcionales y discapacidades físicas de cada paciente y desarrollan un plan de cuidado en coordinación con el médico del paciente para lograr resultados óptimos de rehabilitación. Nuestros terapeutas ofrecen servicios de terapia física para ayudar a restaurar y mantener la máxima función musculoesquelética. Desde fracturas de cadera hasta esguinces y pacientes con marcha inestable, nuestros terapeutas se especializan en ayudar a los pacientes a recuperar la confianza en su capacidad para movilizarse dentro de su entorno. La Terapia del Habla ayuda a mejorar los trastornos de deglución y las actividades comunicativas de la vida diaria. La Terapia Ocupacional busca mejorar el nivel de independencia en las actividades cotidianas.
Trabajadores Sociales Médicos: Facilitan la planificación a largo plazo para promover la independencia y explorar oportunidades disponibles a través de diversos recursos comunitarios diseñados para ayudar a las personas mayores con preocupaciones personales, aliviando ansiedades y traumas psicológicos.

Programa de Garantía de Calidad / Mejoramiento del Desempeño (QAPI):

Nuestro programa de QAPI está diseñado para monitorear, medir y evaluar sistemáticamente los estándares de atención, la idoneidad del cuidado y los servicios proporcionados, con el fin de garantizar que los clientes reciban el más alto nivel posible de servicio. Por esta razón, cada servicio que ofrecemos es supervisado por nuestros profesionales y administrado desde la consulta inicial hasta la recuperación o finalización del tratamiento. Es política de nuestra Agencia que los servicios de salud en el hogar estén disponibles y se proporcionen a toda la población de nuestra área de servicio, independientemente de la raza, orientación sexual, religión, edad, sexo, discapacidades, origen étnico o cultural, o nacionalidad del beneficiario.

CONSEJOS EDUCATIVOS PARA PACIENTES: CÓMO ALCANZAR LA MÁXIMA INDEPENDENCIA

Consejos para los Pacientes: Trate de tomar al menos decisiones pequeñas por sí mismo. Asegúrese de conocer sus derechos como individuo, como cuándo bañarse, comer, recibir visitas y más. Trate de hacer por sí mismo todo lo que pueda, como escoger su ropa, decidir qué actividades realizar e intentar vestirse solo. Solicite ser visto como un individuo, incluyendo sus gustos y preferencias, permitiendo que haga todo lo posible por sí mismo y que el personal y la familia le ofrezcan opciones. Solicite que se le permita hablar y no que hablen por encima de usted, y que se respeten sus diferentes culturas y creencias. Intente reevaluar regularmente las guías y cuidados para asegurarse de que cualquier cambio, como en los medicamentos, sea monitoreado, ya que esto puede afectar su salud. Trate de participar en actividades que pueda realizar, como ayudar con las compras, escribir cartas o hacer llamadas. En muchas situaciones, los servicios sociales son necesarios para los adultos que reciben servicios de salud en el hogar. Nuestros enfermeros o terapeutas pueden solicitar órdenes médicas para servicios sociales a su médico. Además de estas referencias, usted o cualquier otra persona que actúe en su nombre puede solicitar servicios sociales. El trabajador social es responsable de proporcionar los servicios indicados o de referir al recurso apropiado fuera de nuestra Agencia si dichos servicios no están disponibles dentro de nuestro alcance de servicios.
Entre los servicios proporcionados por el trabajador social se incluyen: Servicios que permiten a las personas alcanzar y/o mantener la mejor salud física y mental posible; servicios para ayudar a pacientes que reciben atención fuera de su hogar a planificar y regresar a su hogar o recibir atención alternativa; servicios para fomentar el desarrollo y mantenimiento del interés y los vínculos familiares y comunitarios; servicios para promover la máxima independencia en el manejo de sus propios asuntos; servicios de protección, incluyendo la evaluación de la necesidad y la coordinación de tutela; y servicios apropiados de planificación familiar, incluyendo asistencia para que la familia obtenga recursos, alimentos u otros medios necesarios. También se ofrecen servicios de referencia y seguimiento cuando sean necesarios.

DRAFT

HORARIO DE OPERACIONES, SERVICIOS DE EMERGENCIA Y POLÍTICAS DE LA AGENCIA

HORARIO DE OPERACIONES Y SERVICIOS DE EMERGENCIA

Todos los clientes y cuidadores reciben información relacionada con el horario de servicios de la Agencia y el acceso al personal de emergencia. La Agencia proporciona personal calificado para responder a emergencias y resolver situaciones relacionadas con los servicios brindados a los clientes y cuidadores.

Procedimientos de Respuesta a Emergencias:

1. Durante la visita inicial, los clientes y cuidadores reciben una tarjeta de presentación de la Agencia y un número de teléfono, y son orientados sobre la disponibilidad del personal de atención domiciliaria de la Agencia las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana.

2. Las llamadas telefónicas pueden realizarse durante el horario regular de oficina, de lunes a viernes, para comunicarse con el personal de la oficina.
   a) Las llamadas de emergencia después del horario de oficina, los fines de semana y días festivos pueden ser atendidas llamando al número de la oficina de la Agencia.
      1. Notifique al servicio de contestación su nombre y número de teléfono, y un representante se comunicará con usted lo antes posible.
      2. Si la persona que llama deja solamente un mensaje, el personal de la Agencia devolverá la llamada el siguiente día hábil.
      3. Los servicios de emergencia están disponibles después del horario de oficina, los fines de semana y días festivos.
      4. A todos los clientes y cuidadores se les instruye al momento de la admisión que llamen al 911 en caso de una emergencia que ponga en peligro la vida.

   b) Los representantes de guardia manejarán todos los problemas o se comunicarán con el Director de Enfermería con respecto a asuntos clínicos.

   c) El Director de Enfermería o el Enfermero de Guardia es responsable de determinar la necesidad de una visita domiciliaria, notificar al médico y/o tomar cualquier otra medida apropiada.

3. El representante de guardia mantiene un registro de todas las llamadas recibidas y de las acciones tomadas.

INFORMACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES Y DEFICIENCIAS SENSORIALES

Nuestra Agencia tomará todas las medidas necesarias para garantizar que las personas calificadas con discapacidades, incluidas aquellas con deficiencias sensoriales o del habla, reciban notificación efectiva sobre los servicios, beneficios, renuncias de derechos y consentimiento para el tratamiento. Todas las ayudas necesarias para proporcionar esta información se suministran sin costo alguno para la persona que recibe los servicios. La identificación de necesidades especiales y discapacidades forma parte del proceso de referencia, y la información sobre servicios especiales se proporciona al momento de la admisión.

Para Personas con Deficiencias Auditivas: La Agencia hará todo lo posible por contratar un intérprete calificado de lenguaje de señas para las personas sordas o con problemas auditivos que utilicen el lenguaje de señas como su principal medio de comunicación. Los servicios están disponibles a través del Consejo Coordinador de Florida para Personas Sordas y con Problemas Auditivos, 4052 Bald Cypress Way, Bin B13, Tallahassee, FL 32399. Voz: 850-558-9645 | Línea gratuita Voz: 866-602-3275 | TTY: 850-245-4914 Línea gratuita TTY: 866-602-3276.

Para Personas con Deficiencias Visuales: Los miembros del personal comunican el contenido de los materiales escritos relacionados con beneficios, servicios, renuncias de derechos y formularios de consentimiento para tratamiento leyendo dichos documentos en voz alta a las personas con discapacidad visual. Materiales en letra grande, grabados y en braille están disponibles a solicitud a través del Gerente Clínico.

Para Personas con Deficiencias del Habla: Materiales para escribir, dispositivos TDD, computadoras y tableros de comunicación están disponibles para facilitar la comunicación relacionada con servicios, beneficios, renuncias de derechos y formularios de consentimiento para tratamiento.

ASUNTOS ÉTICOS

Todos los empleados brindan atención y servicios dentro del marco ético establecido por los estándares de atención médica domiciliaria, los requisitos profesionales y las leyes aplicables durante el desempeño de sus funciones.

POLÍTICA DE NO DISCRIMINACIÓN

Como beneficiaria de asistencia financiera federal, nuestra Agencia no excluye, niega beneficios ni discrimina de ninguna otra manera a ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo o credo con respecto a la admisión, participación, recepción de servicios y beneficios, o prácticas de empleo, ya sea que dichas actividades sean realizadas directamente por la Agencia o a través de contratistas o entidades afiliadas.

Esta declaración cumple con la Sección 1557 del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975 y todas las regulaciones federales relacionadas, incluyendo el Título 45 del Código de Regulaciones Federales, Partes 80, 84 y 91. Otras leyes federales adicionales también brindan protección contra la discriminación por motivos de sexo y credo. Las preguntas relacionadas con esta política pueden dirigirse al Coordinador de la Sección 504 de la Agencia, indicado en la sección de información de la Agencia.

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información recibida por las personas empleadas por la Agencia o que prestan servicios para la misma, así como la información obtenida a través de informes o inspecciones, se considera privilegiada y confidencial y se mantiene de conformidad con las directrices de HIPAA. La información confidencial incluye, entre otros, los expedientes de los clientes y los registros del personal. El acceso a la información está limitado únicamente al personal autorizado de la Agencia.

La información no podrá divulgarse sin el consentimiento por escrito del cliente, tutor y/o empleado. La divulgación de información solo podrá realizarse con la aprobación del Administrador de la Agencia o su designado. Todos los empleados reciben instrucciones sobre las políticas de confidencialidad al inicio de su empleo y deben leer y firmar una Declaración de Confidencialidad, la cual pasa a formar parte del expediente de personal del empleado. El incumplimiento de la confidencialidad puede resultar en la terminación inmediata del empleo.

SAMPLE

REHABILITACIÓN PARA LA DISMINUCIÓN DE LA VISIÓN

La disminución de la visión es un deterioro visual que no puede corregirse con anteojos convencionales, lentes de contacto, medicamentos o cirugía, y que interfiere con la capacidad de una persona para realizar actividades cotidianas. La visión deteriorada puede ser resultado de diversas enfermedades y lesiones que afectan el ojo. Muchas personas con problemas visuales presentan retinopatía diabética relacionada con la edad, degeneración macular, glaucoma o cataratas.

Las personas con disminución de la visión experimentan cambios físicos, financieros y psicológicos que reducen su calidad de vida. Sin la asistencia y capacitación adecuadas, los pacientes pueden tener dificultad para utilizar dispositivos de aumento y completar actividades de la vida diaria, como preparar comidas, leer, administrar sus finanzas, mantener el hogar, el aseo personal, hacer compras y participar en actividades comunitarias o recreativas.

Un beneficiario de Medicare con problemas visuales puede ser elegible para recibir servicios de rehabilitación diseñados para mejorar el funcionamiento y el desempeño de las actividades de la vida diaria, incluyendo habilidades de autocuidado y manejo personal dentro del hogar.

Esta Agencia puede proporcionar un solo servicio o una combinación de servicios en su hogar, todos bajo la dirección de un médico. Trabajando junto con su médico, nuestro personal calificado planificará, coordinará y brindará una atención adaptada a sus necesidades. Los servicios pueden incluir Enfermería Especializada, Asistente de Salud en el Hogar (Asistente de Enfermería), Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia del Habla, Infusión (Terapia IV), Trabajadores Sociales Médicos, Servicios Domésticos, Cuidado Personal y Servicios de Compañía.

DERECHOS DEL PACIENTE, QUEJAS Y RECLAMOS

Los clientes y cuidadores tienen el derecho de ejercer sus derechos, participar en su plan de cuidado, expresar quejas o reclamos y recomendar cambios a las políticas y procedimientos de la Agencia sin temor a represalias o discriminación. Cualquier queja o inquietud presentada ante la Agencia, preferiblemente al Administrador, será investigada exhaustivamente y respondida por escrito, incluyendo un plan de acción correctiva si fuese necesario.

SERVICIOS DE ASISTENCIA DE IDIOMA

Los pacientes tienen derecho a recibir atención en su idioma preferido. Este servicio se proporciona sin costo alguno. El personal de la Agencia hará todo lo posible para satisfacer las necesidades de idioma mediante servicios de interpretación o traducción. Se recomienda a los pacientes que necesiten asistencia adicional que se comuniquen con la oficina de la Agencia.

REQUISITO DE VISITA PRESENCIAL

Medicare ha establecido un requisito para el pago de servicios de salud en el hogar que exige una visita presencial con un médico, enfermero practicante, especialista clínico en enfermería, enfermera partera certificada o asistente médico, relacionada con la necesidad del paciente de recibir atención médica domiciliaria. Esta visita puede realizarse hasta noventa (90) días antes del inicio de los servicios o dentro de los treinta (30) días posteriores a la admisión a los servicios de atención domiciliaria.

CARGOS MÍNIMOS POR NUESTROS SERVICIOS

Los cargos por visita son los siguientes: Enfermero Registrado (RN), Terapeuta y Trabajador Social: $100.00; Enfermero Práctico Licenciado (LPN): $95.00; Asistente de Salud en el Hogar (HHA): $65.00. Las tarifas pueden variar dependiendo del seguro privado, copagos u opciones de pago privado. Se recomienda a los pacientes revisar el Acuerdo de Servicios para obtener información adicional sobre los cargos. La Agencia se reserva el derecho de modificar los cargos en cualquier momento.

OBJETIVOS NACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL CUIDADO EN EL HOGAR

Los objetivos clave de seguridad del paciente incluyen identificar correctamente a los pacientes, usar los medicamentos de manera segura, prevenir infecciones, prevenir caídas de los pacientes e identificar riesgos relacionados con la seguridad del paciente.

PREVENCIÓN DEL FRAUDE

Las principales formas de protegerse contra el fraude incluyen revisar cuidadosamente los resúmenes de reclamaciones para asegurarse de que todos los servicios indicados hayan sido recibidos y que toda la información sea correcta, nunca compartir los números de Medicare o del seguro excepto con proveedores autorizados, y reportar inmediatamente cualquier sospecha de fraude a Medicare o a la compañía de seguros. Reportar oportunamente ayuda a prevenir actividades fraudulentas y protege los beneficios del paciente.

DATOS IMPORTANTES QUE DEBE SABER SOBRE LA GRIPE:

1. Usted no puede contraer la gripe por la vacuna contra la influenza porque está elaborada con material viral inactivado.
2. Una persona aún puede contraer otra cepa del virus de la influenza que no esté incluida en la vacuna.
3. Las personas saludables también necesitan vacunarse anualmente contra la influenza para ayudar a prevenir la propagación de la enfermedad.
4. Las vacunas contra la influenza se consideran seguras y se recomiendan para las mujeres embarazadas.
5. Las vacunas contra la influenza son necesarias cada año porque los virus de la gripe cambian y mutan constantemente.
6. Es mejor recibir la vacuna contra la influenza al inicio de la temporada, ya que la protección dura durante toda la temporada de gripe.
7. La influenza es más grave que un resfriado común y puede provocar hospitalización o incluso la muerte.
8. Las personas pueden propagar la influenza incluso cuando se sienten bien o no presentan síntomas.
9. La influenza se transmite por contacto con personas infectadas, no por el clima frío, el cabello mojado o la falta de ropa abrigada.
10. Los antibióticos no son efectivos contra la influenza porque es causada por un virus y no por bacterias.

SAMPLE

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD E INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD

Criterios de Elegibilidad para la Admisión

La admisión a esta agencia solo puede realizarse bajo la dirección de un médico, basándose en las necesidades de atención identificadas del paciente, su condición de confinamiento en el hogar (homebound), el cumplimiento del requisito de visita presencial (face-to-face) y el tipo de servicios requeridos que puedan ser proporcionados directamente o mediante coordinación con otras organizaciones. Si no podemos satisfacer sus necesidades directamente a través de nuestra agencia o indirectamente mediante acuerdos de servicios con otros proveedores, los servicios no serán iniciados ni continuados.

Aviso de No Cobertura del Proveedor de Medicare (Si Aplica)

Los pacientes tienen derecho a una revisión médica inmediata e independiente (apelación) mientras continúan los servicios con respecto a cualquier decisión de finalizar la cobertura de Medicare. Si se solicita una apelación, el revisor puede solicitar su opinión, expedientes médicos o información adicional relevante. No se requiere una preparación por escrito, aunque usted puede proporcionar declaraciones escritas si lo desea. Se proporcionará un aviso detallado de alta al menos 48 horas antes del alta.

El Asistente de Salud en el Hogar (Home Health Aide)

El Asistente de Salud en el Hogar es un empleado específicamente capacitado para proporcionar cuidado personal y servicios relacionados al paciente. Para poder recibir servicios de asistencia de salud en el hogar, el paciente también debe estar recibiendo atención de un enfermero registrado, fisioterapeuta o terapeuta del habla.

Servicios Autorizados de Cuidado Personal (Si Son Aprobados por el Seguro)

- Asistencia con el baño, baño de esponja o ducha
- Lavado de cabello y cuidado de la piel
- Hacer únicamente la cama del paciente
- Lavado de ropa personal, como pijamas y camisones
- Organización y limpieza del baño, incluyendo el lavabo y la bañera
- Asistencia con la deambulación cuando sea solicitada por un enfermero o terapeuta
- Preparación de una comida ligera, como sándwiches, sopa o ensalada
- Lavado de los platos utilizados durante la preparación de las comidas

Deberes No Incluidos en los Servicios

- Trapear pisos o reorganizar cajones
- Bañar mascotas o limpiar ventanas y muebles
- Hacer compras en más de una tienda
- Descongelar o limpiar refrigeradores
- Transportar pacientes
- Limpiar hornos o lavar paredes
- Aspirar habitaciones que no sean el dormitorio del paciente
- Servicios domésticos o de compañía

Servicios de Apoyo Adicionales

Si el paciente vive solo y no puede realizar físicamente las tareas del hogar, o si el cónyuge del paciente también tiene una discapacidad, el Asistente de Salud en el Hogar también puede ayudar con las compras semanales, el lavado de ropa únicamente del paciente, la preparación de comidas únicamente para el paciente y el lavado de los platos utilizados en las comidas del paciente, si dichos servicios son autorizados por el seguro.

Información de Programación de Servicios

Debido a la cantidad de pacientes y a los requisitos de traslado, no se pueden garantizar horarios exactos para las visitas. Se hará todo lo posible para adaptarse al horario del paciente y a las citas médicas. Si tiene una cita médica, por favor notifique a la oficina el día anterior para que las visitas puedan coordinarse adecuadamente.

Información Sobre la Eliminación de Desechos Biopeligrosos

Si se requiere la eliminación de desechos biopeligrosos durante el tratamiento médico en el hogar, la agencia colocará un recipiente designado para desechos biopeligrosos o materiales punzocortantes en la residencia, según lo exige la ley estatal. Nuestra agencia tiene contrato con _____. Este recipiente solo puede utilizarse para desechos biopeligrosos y debe permanecer dentro del hogar hasta que sea retirado por la compañía contratada de manejo de desechos dentro del período requerido de veintiocho (28) días. Nunca coloque el recipiente en la basura doméstica ni afuera para recolección en la vía pública, ya que la eliminación inadecuada es ilegal y puede resultar en consecuencias legales si otra persona resulta lesionada. Los pacientes que necesiten una recolección anticipada o servicios adicionales después del alta deben comunicarse con la oficina de la agencia o con el proveedor designado de manejo de desechos.

Cuidado en el Hogar y la Enfermedad de Alzheimer

El cuidado en el hogar es una opción valiosa para las personas con la enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas, ya que proporciona atención en la comodidad y familiaridad de la residencia del paciente. Los criterios de admisión para pacientes con demencia avanzada pueden incluir la evaluación de la movilidad, nutrición y peso, habilidades de comunicación, infecciones y deterioro general. Los servicios de cuidado en el hogar brindan apoyo emocional y físico tanto a los pacientes como a los cuidadores, mientras atienden las necesidades integrales del paciente y su familia. La agencia cuenta con experiencia en el cuidado de personas con enfermedades terminales y trastornos relacionados con Alzheimer y demencias (ADRDs), promoviendo el confort, la dignidad, la calidad de vida y el apoyo compasivo para los seres queridos y cuidadores.

SAMPLE

SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS / SEGURIDAD DEL OXÍGENO / GUÍA DE SEGURIDAD EN EL HOGAR

LO QUE DEBO SABER SOBRE LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

¿Cuál es el nombre de cada medicamento? ¿Para qué sirve? ¿A qué hora debo tomarlo? ¿Qué cantidad debo tomar cada vez? ¿Cómo debo tomarlo? ¿Debo tomarlo con alimentos? ¿Por cuánto tiempo debo tomarlo? ¿Qué debo hacer si olvido una dosis? ¿Tiene efectos secundarios? ¿Qué debo hacer si presento alguno de ellos? ¿Es seguro combinar los medicamentos que estoy tomando, incluyendo medicamentos de venta libre, vitaminas o productos herbales?
¿Qué alimentos, bebidas o actividades debo evitar mientras lo tomo?

¿QUIÉN ES RESPONSABLE DE SUS MEDICAMENTOS?

¡Muchas personas, incluyéndolo a usted! Los médicos revisan todos sus medicamentos para asegurarse de que sean seguros cuando se toman juntos. Los farmacéuticos revisan sus nuevos medicamentos para verificar si existen otros medicamentos, alimentos o bebidas que deba evitar mientras los toma. Los enfermeros y otros cuidadores pueden preparar los medicamentos o administrárselos. Si olvida las instrucciones para tomar un medicamento o no está seguro de cómo tomarlo, llame a su médico o farmacéutico. No tenga miedo de hacer preguntas sobre cualquiera de sus medicamentos.

SEGURIDAD DEL OXÍGENO EN EL HOGAR



El oxígeno puede utilizarse de manera segura en el hogar. Estas son las reglas de seguridad para el uso de oxígeno: El oxígeno es un medicamento, y demasiado o muy poco oxígeno puede ser perjudicial. Utilice la cantidad indicada por su médico. No cambie la cantidad de oxígeno que está usando sin consultar primero con su médico. Si siente que no está recibiendo suficiente oxígeno, hable con su médico. El oxígeno en sí no es inflamable, pero puede alimentar una chispa y hacer que se convierta en un gran incendio en cuestión de segundos. Siga estas reglas para prevenir incendios: NO fumar, evitar llamas abiertas; no utilizar equipos con cables desgastados o ortocircuitos eléctricos; evitar usar máquinas de afeitar eléctricas y secadores de cabello mientras utiliza oxígeno; no usar aparatos con caja de control, como almohadillas térmicas; evitar la electricidad estática; evitar ropa de nylon o lana; almacenar el oxígeno líquido y los cilindros lejos del calor y de la luz solar directa; colocar los cilindros en un soporte seguro y en posición vertical; y nunca aplicar sustancias aceitosas alrededor del equipo de oxígeno.

CUÍDESE / CONTROLE SU DIABETES

La diabetes mellitus afecta hasta al 5% de la población en los Estados Unidos, es decir, a casi 14 millones de personas. La diabetes mellitus es un trastorno causado por una disminución en la producción de insulina o por una disminución en la capacidad del cuerpo para utilizarla. La insulina es una hormona producida por el páncreas que es necesaria para que las células utilicen correctamente el azúcar en la sangre. La causa exacta de la diabetes mellitus es desconocida, pero se cree que la herencia y la alimentación desempeñan un papel importante en su desarrollo. Las personas con diabetes tienen las mismas necesidades nutricionales que cualquier otra persona. Junto con el ejercicio y medicamentos como la insulina o las pastillas orales para la diabetes, la nutrición es importante para un buen control de la diabetes. Al consumir comidas bien balanceadas en las cantidades correctas, usted puede mantener su nivel de glucosa en la sangre lo más cercano posible a lo normal. Ningún alimento por sí solo proporciona todos los nutrientes que su cuerpo necesita, por lo que una alimentación saludable significa consumir una variedad de alimentos. Usted y su dietista o médico deben trabajar juntos para diseñar un plan de alimentación adecuado para usted, que incluya alimentos que disfrute junto con su plan de medicamentos. Un plan de alimentación para la diabetes es una guía que le indica cuánto y qué tipos de alimentos puede elegir comer durante las comidas y meriendas. Un buen plan alimenticio debe ajustarse a su horario y hábitos alimenticios. El plan adecuado también puede ayudarle a mantener su peso en el nivel adecuado, ya sea que necesite bajar de peso, aumentar de peso o mantener su peso actual.

MANEJO DEL DOLOR

Existen muchas causas y tipos diferentes de dolor. Algunas preguntas que debe hacer a sus cuidadores incluyen:
¿Qué medicamento para el dolor le han recetado o administrado? ¿Puede explicarle las dosis y los horarios en que debe tomar el medicamento? ¿Con qué frecuencia debe tomar el medicamento? ¿Por cuánto tiempo necesitará tomar el medicamento para el dolor? ¿Puede tomar el medicamento para el dolor con alimentos? ¿Puede tomar el medicamento para el dolor junto con otros medicamentos? ¿Debe evitar consumir alcohol mientras toma el medicamento para el dolor? ¿Cuáles son los efectos secundarios del medicamento para el dolor? ¿Qué debe hacer si el medicamento le causa malestar estomacal? ¿Qué puede hacer si el medicamento para el dolor no está funcionando? ¿Qué otras cosas puede hacer para ayudar a tratar su dolor?

PRECAUCIONES PARA PREVENIR CAÍDAS

Muchas caídas pueden prevenirse. Al hacer algunos cambios, usted puede reducir las probabilidades de sufrir una caída. Cuatro cosas que USTED puede hacer para prevenir caídas:

1. Comience un programa regular de ejercicios. El ejercicio es una de las formas más importantes de reducir las probabilidades de sufrir una caída. Le ayuda a fortalecerse y a sentirse mejor. La falta de ejercicio provoca debilidad y aumenta el riesgo de caídas. Consulte con su médico o proveedor de atención médica sobre el tipo de programa de ejercicios más adecuado para usted.
2. Pida a su proveedor de atención médica que revise sus medicamentos. Solicite a su médico o farmacéutico que revise todos los medicamentos que toma, incluso los medicamentos de venta libre. A medida que envejece, la forma en que los medicamentos actúan en su cuerpo puede cambiar. Algunos medicamentos, o combinaciones de medicamentos, pueden causarle sueño o mareos y provocar caídas.
3. Hágase revisar la vista regularmente.
4. Haga su hogar más seguro. Retire los objetos con los que pueda tropezar, como papeles, libros, ropa y zapatos, de las escaleras y de las áreas por donde camina. Quite las alfombras pequeñas o use cinta adhesiva de doble cara para evitar que se deslicen. Mantenga los artículos que usa con frecuencia en gabinetes de fácil acceso sin necesidad de utilizar un banco o escalera pequeña. Instale barras de apoyo junto al inodoro y en la bañera o ducha. Use alfombrillas antideslizantes en la bañera y en el piso de la ducha. Mejore la iluminación de su hogar. A medida que envejece, necesita luces más brillantes para ver mejor. Coloque cortinas o persianas ligeras para reducir el resplandor. Instale pasamanos y luces en todas las escaleras. Use zapatos tanto dentro como fuera de la casa. Evite caminar descalzo o usar pantuflas.

COPYRIGHT

DISPOSITIVOS MÉDICOS / GUÍAS BÁSICAS DE SEGURIDAD EN EL HOGAR

PRECAUCIONES PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS Y EQUIPOS MÉDICOS EN EL HOGAR

Los dispositivos o equipos médicos, como equipos de oxígeno, glucómetros, suministros, dispositivos de asistencia para la movilidad y artículos similares, pueden ocasionar problemas graves, incluyendo diagnósticos incorrectos o retrasados, retrasos en el tratamiento o lesiones al paciente. Por favor, siga estas precauciones:

- Utilice y cuide correctamente todos los dispositivos. Inspeccione cada dispositivo antes de usarlo y seleccione el dispositivo correcto y cómodo para el paciente.
- Asegúrese de que el dispositivo funcione correctamente y esté instalado de manera segura. El personal debe supervisar el progreso y el funcionamiento del dispositivo.
- En caso de un problema, sepa cómo responder para reducir los riesgos.
- Haga que cualquier dispositivo dañado sea revisado por un técnico autorizado.
- Guarde los dispositivos de manera segura, mantenga cargados los dispositivos que funcionan con baterías y verifique que cada dispositivo reciba mantenimiento regularmente.
- Confirme que los suministros desechables sean apropiados y seguros para su uso.
- Recuerde: un dispositivo médico seguro es aquel que no causa lesiones al paciente, al usuario ni al cuidador.

AYUDE A PREVENIR ERRORES EN SU ATENCIÓN — PARTICIPE ACTIVAMENTE

Todos tienen un papel importante en hacer que la atención médica sea segura. Esto incluye a los familiares, cuidadores, médicos y profesionales de la salud. Las organizaciones de cuidado en el hogar en todo el país están trabajando para hacer que la atención médica sea más segura. Como paciente, usted puede hacer que su atención sea más segura al ser un miembro activo, informado y participativo de su equipo de atención médica.

Hable si tiene preguntas o inquietudes. Si aún no entiende, vuelva a preguntar. Es su cuerpo y usted tiene derecho a saber. Preste atención a la atención que recibe. Asegúrese de recibir los tratamientos y medicamentos correctos por parte del profesional de atención domiciliaria adecuado. No dé nada por sentado.

Infórmese sobre su condición. Aprenda sobre los servicios de cuidado en el hogar que recibirá y conozca su plan de atención. Pida a un familiar o amigo de confianza que sea su defensor, asesor o apoyo. Conozca qué medicamentos toma y por qué los toma. Los errores de medicación son los errores más comunes en la atención médica. Utilice una organización de cuidado en el hogar que haya sido cuidadosamente evaluada. Participe en todas las decisiones relacionadas con su tratamiento y los servicios de atención domiciliaria que recibe. Usted es el centro del equipo de atención médica.

GUÍAS BÁSICAS DE SEGURIDAD: ENTORNO DEL HOGAR

Muchos accidentes pueden prevenirse en el hogar siguiendo algunas recomendaciones básicas. Debido a que nos preocupamos por su salud y seguridad, ofrecemos las siguientes recomendaciones:

Retire las alfombras sueltas para evitar caídas. Asegúrese de que no haya bordes desgastados en las alfombras. Mantenga todos los pasillos despejados y libres de desorden para prevenir caídas y reducir el riesgo de incendios. No sobrecargue los enchufes eléctricos y no esconda cables debajo de las alfombras. Todas las escaleras y rampas deben tener pasamanos y superficies antideslizantes.

En la cocina, evite usar ropa suelta al utilizar la estufa. Use agarraderas o guantes aislantes para manipular objetos calientes. Mantenga los utensilios de cocina al alcance de la mano. Siempre que sea posible, siéntese mientras realiza tareas en la cocina para prevenir caídas causadas por el cansancio excesivo.

En el baño, utilice alfombras o tapetes antideslizantes para prevenir caídas en pisos mojados, y use tiras o tapetes antideslizantes en la bañera. Siempre pruebe la temperatura del agua antes de entrar a la bañera o ducha. La temperatura del agua debe ser de 120 grados o menos. Utilice barras de apoyo, sillas de ducha y/o asientos elevados para el inodoro para pacientes que estén muy enfermos, débiles y/o se cansen fácilmente.

Por la noche, use una luz nocturna para prevenir caídas en la oscuridad. Mantenga el teléfono y otros artículos que pueda necesitar durante la noche en una mesa de noche y al alcance de la mano. Instale detectores de humo en todos los niveles del hogar, mantenga un extintor de incendios en la casa y aprenda a usarlo correctamente. Planifique una ruta de escape en caso de incendio y practique cómo salir de su hogar utilizando esa ruta para evitar pérdidas innecesarias de tiempo y estrés en caso de una emergencia real. Si es necesario utilizar oxígeno en el hogar, asegúrese de recibir instrucciones sobre qué hacer durante una situación de emergencia.

COLOQUE LOS NÚMEROS DE EMERGENCIA, BOMBEROS Y OTROS CONTACTOS IMPORTANTES EN O CERCA DEL TELÉFONO.

SEGURIDAD EN EL HOGAR Y PLAN DE SALIDA EN CASO DE EMERGENCIA

Recomendaciones: En caso de incendio, ¿tiene un plan de salida de emergencia y un plan alternativo de escape? Una vez que comienza un incendio, este se propaga rápidamente y puede haber mucha confusión. Es importante que todos sepan qué hacer.

- Desarrolle un plan de salida de emergencia.
- Elija un lugar de reunión fuera de su hogar para asegurarse de que todos hayan salido de manera segura.
- Practique el plan para asegurarse de que todos puedan escapar rápida y seguramente.

Todas las Áreas del Hogar

Revise todas las áreas de su hogar para detectar cables desgastados. Verifique todos los cables eléctricos y telefónicos. Retire alfombras, corredores y tapetes que puedan causar caídas. Revise todos los detectores de humo, enchufes eléctricos e interruptores para asegurarse de que estén en buenas condiciones de funcionamiento. Practique su plan de salida de emergencia con todos los miembros de su hogar.

Recomendaciones de Seguridad Eléctrica

Organice los muebles de manera que los enchufes estén cerca de las lámparas y electrodomésticos. Minimice el uso de cables de extensión. Si se utilizan cables de extensión o cables telefónicos, siempre deben colocarse en el piso junto a la pared para evitar tropiezos. Los muebles colocados sobre cables, clavos y grapas pueden causar daños y crear riesgos de incendio y descargas eléctricas. Los cables eléctricos que pasan debajo de las alfombras pueden provocar incendios. Retire cables, clavos y grapas de debajo de los muebles y alfombras, y revise si hay cables dañados. Use cinta adhesiva para fijar los cables a las paredes o al piso.

Si necesita un cable de extensión, utilice uno con la capacidad adecuada de amperaje o potencia. Si se excede la capacidad del cable debido a los requisitos eléctricos de uno o más aparatos conectados, cambie a un cable con mayor capacidad o desconecte algunos aparatos.

¡NO USE CABLES DESGASTADOS O DAÑADOS!

ÁREAS DEL DORMITORIO

Recomendaciones: ¿Las lámparas e interruptores están al alcance de cada cama? Las lámparas e interruptores deben estar ubicados cerca de las personas durante períodos de oscuridad para que puedan ver hacia dónde se dirigen. Reorganice los muebles para que las lámparas e interruptores estén más cerca de las camas e instale luces nocturnas.

¿Los cigarrillos, ceniceros y encendedores están ubicados lejos de las camas y la ropa de cama? Las quemaduras son una de las principales causas de muerte, y fumar en la cama es una fuente importante de incendios. Las placas eléctricas, teteras y artículos similares también contribuyen significativamente a este problema. Nunca fume en la cama. Retire cualquier posible fuente de calor o llamas de las áreas cercanas a las camas.

DETECTORES DE HUMO

Pregunta: ¿Están los detectores de humo ubicados correctamente?

Recomendaciones: Debe haber un detector de humo en cada piso de su hogar. Siga las instrucciones y recomendaciones del fabricante para determinar el mejor lugar para instalar el dispositivo. Coloque los detectores cerca del techo o entre 6 y 12 pulgadas debajo del techo en la pared. Los detectores de humo deben colocarse lejos de las salidas de aire.

Las lesiones y muertes por incendios a menudo son causadas por el humo y los gases tóxicos más que por el fuego en sí. Los detectores de humo proporcionan una advertencia temprana en caso de incendio. Si no puede comprar un detector de humo, algunos departamentos de bomberos y/o gobiernos locales pueden brindar ayuda para adquirir e instalar detectores de humo. Compre un detector de humo si no tiene uno o comuníquese con su departamento local de bomberos para obtener más información. Revise y reemplace las baterías y bombillas según las instrucciones del fabricante. Reemplace cualquier detector que no pueda repararse. Aspire la rejilla de su detector de humo.

SAMPLE

CONTROL DE INFECCIONES / PROCEDIMIENTOS DE PRECAUCIONES ESTÁNDAR

HIGIENE RESPIRATORIA Y ETIQUETA DE LA TOS

Para prevenir la transmisión de todas las infecciones respiratorias en los entornos de atención médica, incluida la influenza, se deben implementar las siguientes medidas de control de infecciones desde el primer punto de contacto con una persona potencialmente infectada. Estas medidas deben incorporarse a las prácticas de control de infecciones como un componente de las Precauciones Estándar. Los avisos visuales, en los idiomas apropiados, deben instruir a los pacientes y a las personas que los acompañan, como familiares y amigos, a informar al personal de atención médica sobre los síntomas de una infección respiratoria mientras estén bajo nuestro cuidado. Los síntomas pueden incluir tos, dificultad para respirar, problemas respiratorios, secreción nasal, fatiga y estornudos. Los pacientes y visitantes deben practicar la higiene respiratoria y la etiqueta de la tos.

CÚBRASE AL TOSER: DETENGA LA PROPAGACIÓN DE GÉRMENES

La influenza (gripe) y otras enfermedades respiratorias graves, como el virus respiratorio sincitial (VRS), la tos ferina y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), se propagan al toser, estornudar o por manos contaminadas. Para ayudar a detener la propagación de gérmenes, cúbrase la boca y la nariz con un pañuelo desechable al toser o estornudar; deseche los pañuelos usados en un basurero; y, si no tiene un pañuelo disponible, tosa o estornude en la parte superior de la manga o en el codo, no en las manos. Es posible que se le solicite usar una mascarilla para proteger a los demás. Lávese las manos frecuentemente con agua tibia y jabón durante 20 segundos. Si no hay agua y jabón disponibles, use un desinfectante para manos a base de alcohol. La información sobre el Equipo de Protección Personal (EPP) demuestra la secuencia adecuada para colocarse y retirarse el EPP.

USO DE MASCARILLAS, SEPARACIÓN Y PRECAUCIONES POR GOTAS RESPIRATORIAS

Durante períodos de aumento de actividad de infecciones respiratorias en la comunidad, como un incremento en el ausentismo en escuelas y lugares de trabajo o un aumento en las visitas médicas de personas con síntomas de enfermedades respiratorias, podemos solicitar que las personas con tos usen mascarillas. Las mascarillas de procedimiento con bandas para las orejas o las mascarillas quirúrgicas con tiras pueden utilizarse para contener las secreciones respiratorias; no es necesario utilizar respiradores como las mascarillas N-95 o de mayor nivel para este propósito. Cuando el espacio y los asientos lo permitan en el lugar de residencia, se recomienda que las personas con tos se sienten al menos a tres pies de distancia de otras personas en las áreas comunes de espera. El personal de atención médica debe seguir las precauciones por gotas respiratorias, incluyendo el uso de una mascarilla quirúrgica o de procedimiento para el contacto cercano, además de las Precauciones Estándar al examinar a un paciente con síntomas de una infección respiratoria, especialmente cuando hay fiebre. Estas precauciones deben mantenerse hasta que se determine que la causa de los síntomas no es un agente infeccioso que requiera Precauciones por Gotas Respiratorias.

LO QUE USTED PUEDE HACER PARA PREVENIR INFECCIONES

Lávese las manos con agua tibia y jabón. Frótese bien las manos durante al menos 20 segundos, incluyendo las palmas, las uñas, entre los dedos y el dorso de las manos. Si sus manos no se ven sucias, límpielas con un desinfectante para manos a base de alcohol y continúe frotando hasta que las manos estén secas. Lávese las manos antes de tocar o comer alimentos; después de usar el baño; después de sacar la basura; después de cambiar un pañal; después de visitar a alguien enfermo; y después de jugar con una mascota. Asegúrese de que nuestro personal se lave las manos o use guantes. El personal debe usar guantes limpios al brindarle atención. No tenga miedo de preguntar si deben usar guantes. Cúbrase la boca y la nariz. Cuando estornuda o tose, los gérmenes pueden viajar tres pies o más. Cúbrase la boca y la nariz para prevenir la propagación de infecciones a otras personas. Si está enfermo, evite el contacto cercano con otras personas, manténgase alejado de los demás o permanezca en casa. No dé la mano ni toque a otras personas. Si tiene alguna herida o lesión en la piel, observe si hay signos y síntomas de infección, como secreción o fiebre.

PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE INFECCIONES EN EL HOGAR

Para proteger tanto a los clientes como a los cuidadores, se deben seguir procedimientos de control de infecciones en el entorno del hogar. El lavado de manos es quizás la manera más fácil, importante y efectiva de prevenir la transmisión de infecciones de una persona a otra. El cliente y el cuidador deben lavarse bien las manos antes y después de proporcionar atención al cliente, y antes y después del contacto con artículos contaminados o potencialmente contaminados. En caso de duda sobre si algo puede estar contaminado, actúe de manera segura: lávese las manos. Use guantes desechables de látex u otro material al manipular o desechar sangre, orina, heces, esputo y cualquier fluido o secreción corporal. Deseche los artículos contaminados o potencialmente contaminados, como pañuelos desechables, colocándolos en una bolsa plástica sellable. Nuestro personal profesional le instruirá sobre las medidas adecuadas de control de infecciones, incluyendo los métodos correctos de eliminación. Si tiene preguntas o inquietudes durante el tiempo en que se estén proporcionando los servicios, consulte a su enfermero(a), terapeuta, médico o comuníquese con nuestra oficina. Para preguntas o inquietudes relacionadas con enfermedades infecciosas, contacte a su médico. Mantenga pañuelos desechables disponibles para que todos los usen, desinfecte las superficies que se tocan con frecuencia y use una mascarilla respiratoria si es necesario.

VACÚNESE PARA EVITAR ENFERMEDADES Y COMBATIR LA PROPAGACIÓN DE INFECCIONES

Asegúrese de que sus vacunas estén al día, incluyendo las vacunas para adultos. Consulte con su médico sobre cuáles puede necesitar. Las vacunas están disponibles para ayudar a prevenir la varicela, las paperas, el sarampión, la difteria, el tétanos, la hepatitis, el herpes zóster, la meningitis, la gripe (influenza), la tos ferina, la rubéola, la neumonía y el virus del papiloma humano (VPH).

PROCEDIMIENTOS DE PRECAUCIONES UNIVERSALES Y ESTÁNDAR PARA EL PERSONAL

Nuestra agencia garantiza que los proveedores de atención médica en el hogar cumplirán con las siguientes precauciones al brindar atención a todos los pacientes. Al seguir estas medidas de precaución universales, se reduce el riesgo de transmisión de enfermedades cuando se desconoce el estado de infección del paciente. Se deben usar guantes al brindar atención al paciente, manipular muestras, realizar limpieza doméstica y manejar artículos que puedan estar contaminados con sangre o fluidos corporales. Se deben usar guantes o delantales durante procedimientos o al manejar situaciones del paciente en las que haya exposición a fluidos corporales, sangre, heridas con drenaje o membranas mucosas. Se debe usar una mascarilla y protección ocular o protector facial durante procedimientos que probablemente generen gotas de fluidos corporales o sangre, o cuando el paciente esté tosiendo excesivamente. Las manos deben lavarse antes de ponerse los guantes y después de quitárselos. Las manos y otras superficies de la piel deben lavarse inmediatamente y de manera exhaustiva si se contaminan con fluidos corporales o sangre, y después de todas las actividades de atención al paciente. Los proveedores de atención médica en el hogar que tengan cortaduras abiertas, llagas o dermatitis en las manos deben usar guantes para todo contacto con el paciente.

PRÁCTICAS DE HIGIENE RESPIRATORIA

Las prácticas de higiene respiratoria son esenciales para prevenir la propagación de enfermedades infecciosas en los entornos de atención médica y en el hogar. Los pacientes, cuidadores, visitantes y el personal de atención médica deben seguir de manera constante la etiqueta de la tos, la higiene de manos, las recomendaciones sobre el uso de mascarillas, las prácticas de desinfección de superficies y el uso adecuado del Equipo de Protección Personal (EPP). Mantener estas medidas de prevención de infecciones protege a los pacientes, cuidadores, personal de atención médica y a la comunidad al reducir la transmisión de enfermedades respiratorias y otras enfermedades infecciosas.

COPY - NOT FOR DISTRIBUTION

POLÍTICA SOBRE DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Propósito: Proporcionar un ambiente de respeto y atención que garantice la capacidad y el derecho del paciente a participar en la toma de decisiones médicas; asegurar que los deseos del paciente con respecto a la atención, tratamiento y servicios sean respetados de acuerdo con los estándares aceptables de práctica, ética y las leyes aplicables; garantizar el cumplimiento de la Ley de Autodeterminación del Paciente (PSDA, por sus siglas en inglés); y ampliar el conocimiento del paciente, la familia y el personal sobre las directivas anticipadas y el proceso mediante el cual la Agencia fomenta la participación del paciente en la toma de decisiones médicas.

Política

1 Al momento de la admisión, se informará a los pacientes sobre las políticas escritas de la Agencia con respecto a la implementación de las Directivas Anticipadas. La Agencia reconoce el derecho de los adultos competentes a tomar decisiones verbales o escritas con respecto a su propia atención médica, incluyendo si los medios o procedimientos médicos o quirúrgicos utilizados para prolongar la vida deben proporcionarse, retenerse o retirarse.

2 La Agencia aceptará y actuará conforme a las directivas anticipadas por escrito recibidas del paciente o cuidador para el grado permitido y requerido por la ley. Las órdenes de "No Resucitar" (DNR, por sus siglas en inglés) y "No Intubar" (DNI, por sus siglas en inglés) solo serán aceptadas cuando estén debidamente autorizadas por el médico del paciente. Las acciones apropiadas serán discutidas con el paciente y/o cuidador cuando se reciban dichas órdenes.

3 Los pacientes, cuidadores, el personal de la Agencia y la comunidad recibirán educación sobre las directivas anticipadas. A los pacientes y sus familias/cuidadores se les proporcionarán materiales impresos al momento de la admisión que explican las regulaciones del estado de Florida relacionadas con los testamentos en vida, las órdenes de No Resucitar (DNR), los testamentos y otros temas relacionados.

4 La presencia o ausencia de una Directiva Anticipada no influirá en la decisión de proporcionar atención médica. Si una Directiva Anticipada no está debidamente ejecutada, el personal seguirá los procedimientos estándar de emergencia. Cualquier cambio en la Directiva Anticipada de un paciente será comunicado a todo el personal.

5 Cuando un paciente sea transferido o referido a otro proveedor de atención médica, la información proporcionada indicará si el paciente tiene una Directiva Anticipada.

6 La Agencia proporcionará servicios independientemente de si el paciente ha ejecutado una Directiva Anticipada.

Información sobre las Directivas Anticipadas (El Derecho del Paciente a Decidir)

Todo adulto competente tiene el derecho de tomar decisiones relacionadas con su propia atención médica, incluyendo el derecho de aceptar o rechazar tratamiento médico. Cuando una persona se vuelve incapaz de tomar decisiones debido a incapacidad física o mental, como un coma o demencia, la ley de Florida reconoce el derecho de establecer Directivas Anticipadas para garantizar que se respeten los deseos relacionados con la atención médica.

La legislación de Florida (Capítulo 765 de los Estatutos de Florida) reconoce el derecho de los adultos competentes a crear directivas anticipadas que instruyan a los médicos a proporcionar, retener o retirar procedimientos para prolongar la vida; designar a otra persona para tomar decisiones de tratamiento si el individuo no puede hacerlo de manera independiente; y/o indicar el deseo de realizar una donación anatómica después de la muerte.

Los hospitales, hogares de ancianos, agencias de atención médica en el hogar, hospicios y organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) están legalmente obligados a proporcionar a los pacientes información escrita relacionada con las directivas anticipadas de atención médica.

¿Qué es una Directiva Anticipada? Una directiva anticipada es una declaración escrita u oral sobre cómo deben tomarse las decisiones médicas si una persona llega a ser incapaz de tomarlas por sí misma. También puede expresar el deseo de la persona de realizar una donación anatómica después de su fallecimiento. Algunas personas completan directivas anticipadas después de ser diagnosticadas con una enfermedad que amenaza la vida, mientras que otras las completan como parte de la planificación de su patrimonio o sucesión.

Tipos de Directivas Anticipadas

- **Testamento en Vida:** Una declaración escrita u oral que describe la atención médica que una persona desea recibir o evitar si llega a ser incapaz de tomar decisiones por sí misma.

- **Designación de Representante para el Cuidado de la Salud:** Un documento que designa a otra persona para tomar decisiones médicas en nombre del paciente si este no puede hacerlo por sí mismo.
- **Donación Anatómica:** Un documento que expresa el deseo de donar órganos, tejidos o el cuerpo después de la muerte para fines de trasplante, investigación o educación. Las personas pueden optar por completar uno o más tipos de Directivas Anticipadas según sus necesidades y preferencias personales. La ley de Florida no exige que una persona complete una Directiva Anticipada. Sin embargo, sin una directiva anticipada, las decisiones médicas pueden ser tomadas por un tutor designado por el tribunal, cónyuge, hijo adulto, padre, hermano adulto, familiar adulto o amigo cercano que quizás no comprenda completamente los deseos del paciente.

  Un formulario de **"No Resucitar" (DNR, por sus siglas en inglés)** informa al personal médico de emergencia que el paciente no desea recibir medidas de soporte vital en caso de paro respiratorio o cardíaco. El formulario debe estar debidamente completado y firmado por el médico, el paciente o representante para el cuidado de la salud, y dos testigos.

COPY

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. **Revíselo detenidamente.**

Sus derechos	*Usted tiene derecho a:* Obtener una copia de su expediente médico en papel o electrónico • Corregir su expediente médico en papel o electrónico • Solicitar comunicaciones confidenciales • Pedirnos que limitemos la información que compartimos • Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido su información • Obtener una copia de este aviso de privacidad • Elegir a alguien que actúe en su nombre • Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos de privacidad
Sus opciones	*Usted tiene algunas opciones sobre cómo usamos y compartimos información al:* Informar a familiares y amigos sobre su estado de salud • Prestar ayuda en casos de desastre • Incluirlo en un directorio hospitalario • Brindar atención de salud mental • Promocionar nuestros servicios y vender su información • Recaudar fondos
Nuestros usos y divulgaciones	*Podemos usar y compartir su información al:* Tratarlo • Administrar nuestra organización • Facturar sus servicios • Ayudar con asuntos de salud y seguridad públicas • Realizar investigaciones • Cumplir con la ley • Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos • Trabajar con un médico forense o director de funeraria • Atender solicitudes relacionadas con indemnización laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales • Responder a demandas y acciones legales

En la medida en que tengamos sus expedientes como paciente por trastornos por consumo de sustancias, sujetos a la parte 2 del título 42 del Código de Reglamentos Federales (42 CFR parte 2), no compartiremos esa información para investigaciones o procedimientos legales en su contra sin (1) su consentimiento por escrito o (2) una orden judicial y una citación.

SAMPLE

Sus derechos

En lo que respecta a su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico: Puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico y de otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días siguientes a su solicitud. No cobraremos por este servicio.

Pedirnos que corrijamos su expediente médico: Puede pedirnos que corrijamos información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos rechazar su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales: Puede pedirnos que lo contactemos de una manera específica (por ejemplo, por teléfono de casa, de oficina o celular) o que enviemos correspondencia a otra dirección. Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos: Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla, por ejemplo, si pudiera afectar su atención. Si aceptamos su solicitud, aún podemos compartir esta información si necesita tratamiento de emergencia. Si paga por completo de su bolsillo un servicio o artículo de atención médica, puede pedirnos que no compartamos esa información con su aseguradora de salud para fines de pago o de nuestras operaciones. Aceptaremos, salvo que una ley nos exija compartir esa información.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información: Puede pedir una lista (un registro de divulgaciones) de las ocasiones en que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como las que usted nos haya solicitado). Proporcionaremos un registro al año sin costo, pero cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otro dentro de un período de 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad: Puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, aunque haya aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel sin demora.

Elegir a alguien que actúe en su nombre: Si alguien tiene autoridad para actuar como su representante personal, por ejemplo, si tiene un poder para tomar decisiones médicas por usted o es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Antes de actuar, verificaremos que esa persona tenga dicha autoridad y pueda actuar en su nombre.

Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos: Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos, comunicándose con nosotros mediante la información de la portada. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al **1-877-696-6775** o visitando **https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html**. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

Para cierta información de salud, puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros.

Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de indicarnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas que participan en su atención o en el pago de esta
- Compartamos información en una situación de ayuda en casos de desastre
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario

Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartirla cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información sin su autorización por escrito:

- Para fines de mercadeo
- Para vender su información
- Para la mayoría de las divulgaciones de notas de psicoterapia

En el caso de la recaudación de fondos: Podemos contactarlo para actividades de recaudación de fondos, pero puede pedirnos que no volvamos a contactarlo. Si tenemos sus expedientes como paciente por trastornos por consumo de sustancias, sujetos a 42 CFR parte 2, le daremos un aviso previo claro y evidente y la opción de decidir si desea recibir comunicaciones de recaudación de fondos que utilicen su información.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos habitualmente su información de salud?

Habitualmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Tratarlo: Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. ***Ejemplo:*** *Un médico que lo trata por una lesión pregunta a otro médico sobre su estado general de salud.*

Administrar nuestra organización: Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario. ***Ejemplo:*** *Usamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.*

Facturar sus servicios: Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades. ***Ejemplo:*** *Proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pague sus servicios.*

¿De qué otras maneras podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras, generalmente para contribuir al bien público, como en asuntos de salud pública e investigación. Debemos cumplir muchas condiciones legales antes de compartir su información para estos fines.

En todos los casos, incluidos los que se enumeran a continuación, si tenemos sus expedientes como paciente por trastornos por consumo de sustancias, sujetos a 42 CFR parte 2, no podemos usar ni compartir información de esos expedientes en investigaciones o procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra sin (1) su consentimiento o (2) una orden judicial y una citación.

Ayudar con asuntos de salud y seguridad públicas: Podemos compartir su información de salud en ciertas situaciones, como: prevenir enfermedades; ayudar con el retiro de productos del mercado; notificar reacciones adversas a medicamentos; denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica; y prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

Realizar investigaciones: Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Cumplir con la ley: Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea verificar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos: Podemos compartir su información de salud con organizaciones de procuración de órganos.

Trabajar con un médico forense o director de funeraria: Podemos compartir información de salud con un funcionario encargado de investigar fallecimientos, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona fallece.

Atender solicitudes relacionadas con indemnización laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales: Podemos usar o compartir su información de salud: para reclamaciones de indemnización laboral; para fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario encargado de hacerla cumplir; con organismos de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley; y para funciones gubernamentales especiales, como las militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

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

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos sin demora si ocurre una violación de seguridad que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de otras maneras que las descritas en este aviso, salvo que usted nos lo autorice por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html**

SAMPLE

Agencia de Salud en el Hogar (HHA)
Conjunto de Información de Evaluación y Resultados (OASIS)

Declaración de derechos de privacidad del paciente

Como paciente de servicios de salud en el hogar, usted tiene estos derechos de privacidad:

- **Tiene derecho a saber por qué necesitamos hacerle preguntas.**

  La ley nos exige recopilar información de salud para asegurarnos de que reciba atención médica de calidad y que el pago para los pacientes de Medicare y Medicaid sea correcto.

- **Tiene derecho a que se mantenga la confidencialidad de su información personal de atención médica.**

  Es posible que le pidamos que nos brinde información sobre usted para saber qué servicios de salud en el hogar serán los mejores para usted. Mantenemos de forma confidencial toda la información que tenemos sobre usted.

  Esto significa que sólo aquellos legalmente autorizados o con una necesidad médica de saber verán su información de salud personal.

- **Tiene derecho a negarse a responder preguntas.**

  Es posible que necesitemos su ayuda para recopilar su información de salud.

  Si elige no responder, completaremos la información lo mejor que podamos. No es necesario que responda todas las preguntas para obtener los servicios.

- **Tiene derecho de revisar su información personal de salud.**

  Es importante que la información que recopilamos sobre usted sea correcta. Si cree que cometimos un error, solicítenos que lo corrijamos.

  Si no está satisfecho con nuestra respuesta, puede solicitar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (la agencia federal de Medicare y Medicaid) que vean, revisen, copien o corrijan su información médica personal.

  Revise la Declaración de la Ley de Privacidad para obtener más detalles sobre sus derechos de privacidad.

¿Necesita corregir su información personal?

Para ver, revisar, copiar o corregir su información de salud personal en los registros federales, llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para obtener ayuda para comunicarse con el administrador del sistema HHA OASIS. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este es un aviso aprobado por Medicare y Medicaid.

SAMPLE

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD - REGISTROS DE ATENCIÓN MÉDICA

ESTA DECLARACIÓN LE BRINDA EL CONSEJO REQUERIDO POR LA LEY (Ley de Privacidad de 1974).

ESTA DECLARACIÓN NO ES UN FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO. NO SE UTILIZARÁ PARA DIVULGAR O UTILIZAR SU INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA.

I. AUTORIDAD PARA LA RECOPILACIÓN DE SU INFORMACIÓN, INCLUYENDO SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL, Y SI USTED DEBE O NO PROPORCIONAR INFORMACIÓN PARA ESTA EVALUACIÓN

Secciones 1102(a), 1154, 1861(o), 1861(z), 1863, 1864, 1865, 1866, 1871, 1891(b) de la Ley del Seguro Social.

Las agencias de salud en el hogar que participan en Medicare y Medicaid deben realizar una evaluación completa que refleje con precisión su salud actual e incluya información que pueda usarse para demostrar el progreso hacia sus objetivos de salud. La agencia de salud en el hogar (HHA) debe usar el Conjunto de información de Evaluación y Resultados (OASIS) al evaluar su salud. Para hacer esto, la agencia debe recopilar información de cada paciente. Esta información es utilizada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, la agencia federal de Medicare y Medicaid) para asegurarse de que la agencia de salud en el hogar cumpla con los estándares de calidad y brinde la atención médica adecuada a sus pacientes. Tiene derecho a negarse a proporcionar información para la evaluación a la agencia de salud en el hogar. Si su información se incluye en una evaluación, está protegida por la Ley de privacidad de 1974 (5 USC 552a), enmendada. Tiene derecho a ver, copiar, revisar y solicitar la corrección de su información. Las instrucciones sobre cómo acceder a la información recopilada sobre usted se incluyen en el sistema de notificación de registros HHA OASIS, que se encuentra en https://www.hhs.gov/foia/privacy/sorns/09700522/index.html (en inglés).

II. PROPÓSITOS PRINCIPALES PARA LOS QUE SE PRETENDE UTILIZAR SU INFORMACIÓN

La información recopilada se ingresará en el Sistema HHA OASIS No. 09-70-0522. Su información de atención médica se utilizará para los siguientes propósitos. Para:

- estudiar y ayudar a garantizar la calidad de la atención brindada por las agencias de salud en el hogar (HHA)
- ayudar en la administración de la encuesta y certificación de HHA de Medicare/Medicaid
- permitir a los reguladores proporcionar a las HHA datos para sus actividades internas de mejora de la calidad
- apoyar a las agencias del gobierno estatal para determinar, evaluar y revisar la eficacia y la calidad generales de los servicios de HHA proporcionados en ese estado
- proveer para la validación y refinamientos del Sistema de Pago de Medicare
- ayudar en la administración de programas HHA federales y estatales dentro del estado; y
- supervisar la continuidad de la atención de los pacientes que residen temporalmente fuera del estado.

III. USOS DE RUTINA

Estos usos de rutina especifican las circunstancias en las que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid pueden divulgar su información de HHA OASIS sin su consentimiento, de acuerdo con 5 USC552a(b)(3). Cada potencial destinatario de una divulgación de uso de rutina debe aceptar por escrito para garantizar la continuidad de confidencialidad y seguridad de su información. Las divulgaciones de la información pueden ser para:

- contratistas, consultores o representantes de agencias de apoyo para ayudar en la prestación de un servicio relacionado con esta colección y que necesitan tener acceso a los registros.
- ayudar a otra agencia federal o estatal a contribuir a la precisión del pago adecuado de los beneficios de Medicare por parte de CMS, permitir que dicha agencia administre un programa federal de beneficios de salud, cumpla con un requisito de un estatuto o reglamento federal y/o evalúe y controle la calidad de cuidado de salud en el hogar y contribuya a la precisión de las operaciones de seguros de salud.
- ayudar a una persona u organización para proyectos de investigación, evaluación o epidemiológicos relacionados con la prevención de enfermedades o incapacidades o la restauración o el mantenimiento de la salud y para proyectos relacionados con el pago.
- apoyar a las Organizaciones de mejora de la calidad (QIO) para ayudar a la QIO a realizar las funciones del Título XI y el Título XVIII relacionadas con la evaluación y mejora de la calidad de la atención de la HHA.
- apoyar a las organizaciones nacionales de acreditación con la aprobación de la autoridad competente para los requisitos de Medicare para los servicios de salud en el hogar.
- apoyar al Departamento de Justicia (DOJ), tribunal u organismo adjudicador cuando la agencia es parte de un litigio
- ayudar a un contratista de CMS que ayuda en la administración de un programa de beneficios de salud administrado por CMS, o a un representante de un programa de subvenciones administrado por CMS, cuando CMS considere razonablemente necesaria la divulgación para prevenir, disuadir, descubrir, detectar, investigar, examinar, enjuiciar, demandar, defender, corregir, remediar o combatir de otro modo el fraude, el mal uso o el abuso en dicho programa.
- ayudar a otra agencia federal o a un instrumento de cualquier jurisdicción gubernamental que administre, o que tenga la autoridad para investigar posibles fraudes, mal uso o abusos en un programa de beneficios de salud financiado en su totalidad o en parte por fondos federales.

IV. EFECTO EN USTED, SI NO PROPORCIONA INFORMACIÓN

La agencia de salud en el hogar necesita la información contenida en el Conjunto de información de Evaluación y Resultados para brindarle atención de calidad. Es importante que la información sea correcta. La información incorrecta podría resultar en errores de pago. La información incorrecta también podría dificultar la certeza de que la agencia le esté brindando servicios de calidad. Si elige no proporcionar información, no existe ningún requisito federal para que la agencia de salud en el hogar rechace sus servicios.

NOTA: Esta declaración puede incluirse en el paquete de admisión para todas las nuevas admisiones a agencias de salud en el hogar. Las agencias de salud en el hogar pueden **solicitarle** a usted o a su representante que firmen esta declaración para documentar que se le entregó esta declaración. **NO se requiere su firma.** Si usted o su representante firman la declaración, la firma simplemente indica que recibió esta declaración. Usted o su representante deben recibir una copia de esta declaración.

Información de contacto

Si desea solicitar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid que vean, revisen, copien o corrijan su información de salud personal que la agencia federal mantiene en su Sistema de registros HHA OASIS: Llame al 1-800-MEDICARE, sin cargo, para obtener ayuda. en comunicarse con el administrador del sistema HHA OASIS. TTY para personas con problemas de audición y del habla: 1-877-486-2048.

COPY DRAFT

AVISO SOBRE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA) Y RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Aviso sobre el Uso de Inteligencia Artificial (IA)

Como parte de nuestro compromiso de brindar servicios de atención médica de alta calidad, eficientes y seguros, nuestra Agencia puede utilizar tecnología asistida por **Inteligencia Artificial (IA)** para apoyar ciertos procesos administrativos y de documentación clínica relacionados con su atención. El uso de la IA tiene como objetivo mejorar la precisión, consistencia, eficiencia y oportunidad de la documentación clínica, manteniendo al mismo tiempo el cumplimiento de todas las leyes federales y estatales aplicables que regulan la privacidad del paciente y la información de salud.

Cómo se Puede Utilizar la Inteligencia Artificial (IA)

La tecnología de IA puede utilizarse para ayudar al personal autorizado de la Agencia en actividades que incluyen, entre otras:

* Elaboración de documentación clínica basada en la información ingresada por profesionales clínicos autorizados.
* Asistencia en la preparación de notas de visitas.
* Organización de la documentación en formatos estandarizados.
* Mejora de la gramática, ortografía, legibilidad y consistencia de la documentación.
* Resumen de información clínica con fines de documentación.
* Apoyo en los procesos de aseguramiento de la calidad y revisión de la documentación.
* Soporte para los flujos de trabajo administrativos y la gestión de registros.

(La IA no se utiliza para diagnosticar de manera independiente condiciones médicas, prescribir medicamentos, determinar planes de tratamiento ni reemplazar el juicio profesional de los proveedores de atención médica autorizados).

Responsabilidad Profesional

Independientemente de cualquier asistencia proporcionada por la IA: Toda evaluación clínica es realizada por personal de atención médica debidamente calificado. Todas las decisiones relacionadas con la atención del paciente son tomadas exclusivamente por profesionales de la salud con licencia. Todo documento clínico es revisado, editado según sea necesario, aprobado y autenticado por el profesional responsable antes de formar parte del expediente médico. La Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) del paciente será protegida de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y con todas las regulaciones federales y estatales aplicables.

El profesional clínico mantiene la plena responsabilidad por la exactitud, integridad y contenido de la documentación. La Inteligencia Artificial (IA) no reemplaza los conocimientos, el criterio profesional ni las responsabilidades de los médicos, enfermeros(as), terapeutas, trabajadores sociales u otros profesionales de la salud.

Privacidad y Seguridad

La Agencia está comprometida con la protección de su Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Cualquier tecnología de Inteligencia Artificial (IA) utilizada por la Agencia tiene como objetivo cumplir con los requisitos aplicables de privacidad y seguridad, incluidos: la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), la Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Clínica y Económica (HITECH), los requisitos aplicables de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), las leyes y regulaciones estatales aplicables, así como las políticas de privacidad y seguridad de la información de la Agencia.Se mantienen salvaguardas administrativas, técnicas y físicas razonables para proteger su información de salud contra el acceso, uso o divulgación no autorizados.

Limitaciones de la Inteligencia Artificial (IA)

La Inteligencia Artificial es una tecnología de apoyo y puede ocasionalmente generar información incompleta o inexacta.
Por esta razón: **el contenido generado por IA nunca se acepta sin revisión humana.** Los profesionales clínicos con licencia verifican toda la información antes de que la documentación sea finalizada. Las decisiones clínicas nunca se basan únicamente en información generada por IA.

Sus Derechos

* Hacer preguntas sobre el uso de tecnología de Inteligencia Artificial (IA) por parte de la Agencia.
* Recibir explicaciones sobre cómo se documenta su información de salud.
* Recibir servicios de atención médica independientemente de si se utiliza documentación asistida por IA.
* Ejercer todos los derechos establecidos en el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Agencia.

Reconocimiento del Paciente

Reconozco que: he recibido y leído (o me han explicado) esta Divulgación sobre Inteligencia Artificial (IA). Entiendo que la IA puede utilizarse únicamente como una herramienta de apoyo administrativo y de documentación. Entiendo que la IA no reemplaza el juicio profesional ni la toma de decisiones clínicas de los profesionales de la salud calificados. Entiendo que el personal de salud con licencia mantiene la responsabilidad de mi atención y de toda la documentación incluida en mi expediente médico. Entiendo que la Agencia está comprometida con la protección de mi Información Médica Protegida (PHI) de conformidad con las leyes federales y estatales de privacidad aplicables. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta divulgación.

AUTORIZACIÓN:

Entiendo la información proporcionada con respecto al posible uso de tecnología de Inteligencia Artificial (IA) durante la prestación de mis servicios de atención médica domiciliaria y en la documentación de mi atención. La autorización se firma en la segunda página del Acuerdo de Servicios, y se me ha proporcionado una copia, o a mi representante legal. La autorización firmada formará parte del expediente clínico del paciente.

SAMPLE

POLÍTICAS DE TRANSFERENCIA / ALTA DEL PACIENTE

RAZONES PARA LA TRANSFERENCIA Y/O ALTA DEL PACIENTE

Se notificará al paciente sobre las razones de la transferencia y/o alta, las cuales pueden incluir las siguientes:

* Ya no podemos satisfacer las necesidades del paciente según la complejidad de su condición. Debemos coordinar una transferencia segura y adecuada.

* El paciente o el pagador ya no cubrirá el costo de los servicios.

* El médico determina que el paciente ya no necesita los servicios de la Agencia. El médico responsable del plan de cuidado y la Agencia (HHA) acuerdan que los resultados medibles y los objetivos del plan de cuidado se han alcanzado, y que el paciente ya no necesita los servicios de la Agencia (HHA).

* El paciente rechaza los servicios o decide ser transferido o dado de alta.

* Conforme a la política de la Agencia, la conducta es disruptiva, abusiva o no cooperativa hasta el punto de afectar seriamente la prestación de atención al paciente o la capacidad de la Agencia para operar eficazmente. Nosotros: (a) notificaremos al paciente y a su representante; (b) haremos esfuerzos para resolver el(los) problema(s); (c) proporcionaremos información de contacto de otras agencias o proveedores; y (d) documentaremos el(los) problema(s) y los esfuerzos realizados.Alta por causa justificada: el comportamiento del paciente, o el comportamiento de otras personas en el hogar del paciente, es disruptivo, abusivo o no cooperativo hasta el punto de afectar seriamente la prestación de atención al paciente o la capacidad de la HHA para operar eficazmente. Notificaremos al paciente, al representante (si corresponde), al(los) médico(s) que emiten las órdenes para el plan de cuidado de salud en el hogar y al médico de atención primaria u otro profesional de salud responsable de brindar atención después del alta de la HHA (si corresponde), que se está considerando un alta por causa justificada. Haremos un esfuerzo para resolver el(los) problema(s) presentados por el comportamiento del paciente, el comportamiento de otras personas en el hogar del paciente o la situación; proporcionaremos al paciente y a su representante (si corresponde) información de contacto de otras agencias o proveedores que puedan brindar atención; documentaremos el(los) problema(s) y los esfuerzos realizados para resolverlos; y registraremos esta documentación en el expediente clínico.

* El paciente fallece.

* La Agencia deja de operar.

POLÍTICA SOBRE LA TRANSFERENCIA DEL PACIENTE

Es política de la Agencia que ninguna información del expediente del paciente podrá divulgarse sin el consentimiento por escrito del paciente o de su tutor. Toda información recibida por cualquier empleado, contratista o empleado de una Agencia Reguladora Estatal con respecto a un paciente de la Agencia es confidencial. Si el paciente es transferido a otra agencia de salud en el hogar, hospital o cualquier instalación para pacientes hospitalizados, una copia del expediente deberá transferirse a solicitud/autorización del paciente, si es necesaria para la continuidad de la atención; el Registro de Medicamentos deberá reconciliarse y actualizarse antes de la transferencia. En todos los casos en que el paciente sea transferido a un hospital o instalación para pacientes hospitalizados, si el episodio de atención domiciliaria no ha finalizado, a discreción del Director de Enfermería, Gerente Clínico y/o por orden médica, el paciente podrá o no ser dado de alta de la Agencia. El período de espera depende de la fecha de finalización del episodio. Si el paciente continúa hospitalizado en o después de la fecha de finalización del episodio, el paciente deberá ser dado de alta de la Agencia. Un formulario de Alta en Oficina deberá ser completado por personal calificado; no se completará una evaluación de alta OASIS. Cuando un paciente sea transferido o referido a otro proveedor de servicios de salud, la información proporcionada puede incluir el Registro de Medicamentos reconciliado/verificado y si el paciente tiene o no Directivas Anticipadas. Las razones para la transferencia del paciente pueden incluir que el paciente se mude fuera del área geográfica de servicio de la Agencia, que el paciente requiera atención no proporcionada por la Agencia o que la Agencia no sea un proveedor preferido para la compañía de seguros del paciente. Se completará un resumen de transferencia, se mantendrá una copia en el expediente del paciente y se enviará una copia a la entidad receptora de servicios y al médico del paciente. El resumen de transferencia incluye, entre otros: fecha de transferencia; información de identificación del paciente; contacto de emergencia; destino del paciente transferido; fecha y nombre de la persona que recibió el reporte; médico del paciente y número de teléfono; diagnóstico relacionado con la transferencia; historial médico significativo; órdenes e instrucciones de transferencia, si corresponde; una breve descripción de los servicios proporcionados y las necesidades continuas que no pueden ser cubiertas; y el estado del paciente. La Agencia de Salud en el Hogar deberá, en cumplimiento con las Condiciones Federales de Participación, recopilar información de Transferencia OASIS cuando corresponda únicamente para los beneficiarios de Medicare.

TRANSFERENCIA A NUESTRA AGENCIA:

Cuando un paciente es transferido a nuestra Agencia, somos responsables de recopilar todas las autorizaciones e información necesarias, incluyendo: obtener el consentimiento verbal del paciente para la transferencia a nuestra institución, el cual deberá firmarse posteriormente; verificar el episodio y los servicios con el proveedor anterior; obtener la autorización verbal del médico del paciente; informar al paciente/ cuidador sobre nuestros servicios; y completar una evaluación integral de admisión.

ALTA DE PACIENTES

La política de alta de pacientes incluye, entre otros, lo siguiente:
Las razones para el alta pueden incluir el fallecimiento del paciente; mejoría en la condición del paciente de modo que ya no necesite la atención proporcionada; la suspensión de la orden médica para la atención; conducta inadecuada del paciente; o que el paciente rechace la atención y solicite la suspensión de los servicios porque la Agencia ya no satisface sus necesidades. Cuando los servicios vayan a ser terminados, la persona será notificada de la fecha y la razón de la terminación, lo cual deberá documentarse en el expediente clínico, al menos 48 horas antes de la terminación o para el penúltimo día de servicio si la atención no se proporciona diariamente, a menos que exista un peligro inminente para el paciente, como atención de emergencia inesperada que requiera traslado a una instalación para pacientes hospitalizados o una exacerbación inesperada de una condición de salud. En tales casos, el alta deberá procesarse lo antes posible.
Se desarrollará un plan o se realizará una referencia para cualquier atención continua necesaria. La planificación del alta del paciente de los servicios de atención domiciliaria es una parte integral del plan de tratamiento. El empleado profesional, en coordinación con el médico del paciente, supervisará de cerca el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos terapéuticos. Cuando los servicios vayan a finalizar, el paciente será notificado de la fecha de terminación y se enviará una carta de alta al paciente y al médico del paciente. Las instrucciones de alta acompañarán la carta para que el paciente las siga. Una copia del resumen de alta se mantendrá en el expediente del paciente y se enviará al médico principal. El resumen de alta incluye, entre otros: fecha de alta; información de identificación del paciente; médico del paciente y número de teléfono; diagnóstico; razón del alta; una breve descripción de la atención proporcionada; estado médico y de salud del paciente al momento del alta; y cualquier instrucción dada al paciente o a la parte responsable. El expediente clínico deberá mantener documentación de que el médico fue notificado del alta en cumplimiento con la coordinación de la atención. El resumen deberá enviarse por fax o correo electrónico al médico del paciente. Se deben proporcionar instrucciones de alta a los pacientes. Para los beneficiarios de Medicare, se debe incluir la información de No Cobertura de Medicare y, si corresponde, el Aviso Anticipado al Beneficiario. Si corresponde, la evaluación de alta OASIS deberá ser completada por personal calificado. El resumen completado en el formulario puede enviarse por fax al médico del paciente en lugar de cualquier otro formulario de resumen, y no se requiere la firma del médico.

SAMPLE

INFORMACIÓN SOBRE ANTICOAGULANTES

Su médico puede recetarle terapia anticoagulante. La cantidad de vitamina K que consume puede interactuar con este medicamento. Por favor, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones dietéticas:

Mantenga una dieta normal y consistente. Los alimentos que se enumeran a continuación, cuando se consumen en cantidades inconsistentes, pueden afectar su terapia de coagulación. Comer más de estos alimentos de lo habitual puede hacer que su medicamento sea menos efectivo. Consuma su dieta habitual para que las necesidades de su medicamento no cambien.

Alimentos Muy Altos en Vitamina K: Aceite de canola; los alimentos que contienen Olestra pueden tener vitaminas liposolubles añadidas, incluida la vitamina K, y deben considerarse una fuente de vitamina K si forman parte de su dieta; garbanzos; té verde; vegetales de hojas verdes, incluyendo espinaca, hojas de nabo, berza, endibia, hojas de mostaza, col rizada y perejil; lentejas; hojas de ortiga; y algas marinas.

Alimentos Altos en Vitamina K: Brotes de frijoles, hígado de res, brócoli, coles de Bruselas, repollo, coliflor, lechuga, mayonesa, soja y aceite de soja.

Alimentos/Bebidas que Debe Evitar: El alcohol puede cambiar la manera en que su cuerpo responde al medicamento. Evite consumir alcohol mientras toma cualquier medicamento anticoagulante. Algunas hierbas pueden interactuar con los medicamentos anticoagulantes y causar efectos no deseados. Informe a su médico, farmacéutico, dietista o enfermero(a) registrado(a) si consume preparados herbales, tés herbales u otros productos herbales.

Si tiene preguntas sobre este folleto, comuníquese con su médico, farmacéutico, enfermero(a) registrado(a) o dietista de nuestra agencia.

SAMPLE

PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS

Cualquier persona que crea haber sido objeto de discriminación, o que de otra manera se le haya negado un trato equitativo y justo, puede presentar una queja conforme a estos procedimientos. La Agencia no tomará represalias contra ninguna persona únicamente por presentar una queja o por cooperar en la investigación de una queja.

* Las quejas deben presentarse ante la Agencia dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que la persona que presenta la queja tenga conocimiento de la acción.
* Una queja debe presentarse por escrito o por teléfono y debe contener el nombre y la dirección de la persona que la presenta. La queja debe describir el problema o la acción que presuntamente ocurrió, así como la solución o reparación solicitada por el reclamante.
* El Director de Enfermería o el Administrador realizará una investigación de la queja para determinar su validez. La investigación puede ser informal, pero debe ser exhaustiva y permitir que todas las personas interesadas tengan la oportunidad de presentar evidencia relevante a la queja.
* El Director de Enfermería o el Administrador mantendrá los archivos y registros de la Agencia relacionados con la queja.
* El Administrador emitirá una decisión por escrito sobre la queja a más tardar treinta (30) días después de su presentación.
* El reclamante puede apelar la decisión del Director de Enfermería o del Administrador presentando una apelación por escrito al Administrador de la Agencia de Salud en el Hogar dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción de la decisión.
* El Administrador emitirá una decisión por escrito en respuesta a la apelación a más tardar treinta (30) días después de su presentación.
* La disponibilidad y el uso del procedimiento de quejas no impiden que una persona pueda recurrir a otros recursos permitidos por las leyes y regulaciones locales, estatales y federales.

INVESTIGACIÓN DE QUEJAS POR PARTE DE LA AGENCIA

* La atención se proporciona de manera inconsistente o inapropiada.
* Maltrato, negligencia o abuso verbal, mental, sexual y físico, incluyendo la apropiación indebida de bienes del paciente por cualquier persona que brinde servicios en nombre de la Agencia.
* La Agencia documentará las quejas y sus resoluciones.
* La Agencia tomará medidas para prevenir posibles violaciones adicionales.
* Cualquier miembro del personal que actúe como denunciante obligatorio.

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

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

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

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

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

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

SAMPLE

DERECHOS DEL PACIENTE: como nuestro cliente, tiene derecho a ejercer sus derechos, y/o designar un representante para ejercitarlos por usted (pág.2/2)

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

DRAFT

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE / ESTADO DE CONFINAMIENTO EN EL HOGAR

EL PERSONAL RESPETA EL DERECHO DEL PACIENTE A:

- Garantizar a los clientes la capacidad de ejercer sus derechos como pacientes de la Agencia de Salud en el Hogar (HHA).
- Ser tratados con respeto en cuanto a su persona y propiedad.
- Garantizar, mediante el uso de una identificación con fotografía emitida por la agencia, que los pacientes puedan identificar al personal visitante.
- Garantizar a los clientes el derecho de elegir un proveedor de atención médica, incluyendo un médico tratante.
- Proporcionar atención adecuada sin discriminación y de acuerdo con las órdenes médicas.
- Informar a los clientes sobre cualquier beneficio financiero al ser referidos a nuestra Agencia.
- Garantizar a los clientes que estén plenamente informados de sus responsabilidades.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:

La educación sobre sus responsabilidades como paciente incluye lo siguiente:

- Estar bajo el cuidado de un médico con licencia en el estado donde se prestan los servicios mientras recibe servicios de la Agencia de Salud en el Hogar.
- Informar a la Agencia de Salud en el Hogar un historial médico completo y preciso para planificar y llevar a cabo la atención.
- Informar al personal de la Agencia sobre cualquier cambio en su estado de salud, condición o tratamiento.
- Proporcionar a la Agencia de Salud en el Hogar toda la información y registros financieros y de seguros solicitados.
- Firmar, o hacer que su representante legal firme, los consentimientos y autorizaciones requeridos para la facturación al seguro.
- Permitir que la Agencia de Salud en el Hogar actúe en su nombre al presentar apelaciones relacionadas con pagos denegados por servicios por parte de terceros pagadores y cooperar plenamente en dichas apelaciones.
- Notificar a la Agencia de Salud en el Hogar sobre cualquier cambio en el tratamiento realizado por el médico.
- Participar en su plan de cuidado incluyendo, cuando corresponda, un plan para el manejo del dolor.
- Preguntar a su enfermero(a) o terapeuta qué puede esperar respecto al dolor y al manejo del dolor. Discutir las opciones de alivio del dolor con su enfermero(a) o terapeuta y proporcionar información completa sobre preocupaciones relacionadas con el dolor, medicamentos y manejo.
- Estar disponible para las visitas domiciliarias del personal de la Agencia de Salud en el Hogar en horarios razonables.
- Notificar a la Agencia de Salud en el Hogar si no estará disponible para una visita programada.
- Tratar al personal de la Agencia de Salud en el Hogar con respeto y dignidad, sin discriminación por color, religión, sexo, origen nacional o étnico.
- Aceptar las consecuencias por rechazar el tratamiento o por incumplimiento.
- Proporcionar al personal de la Agencia de Salud en el Hogar un ambiente seguro en el hogar donde se pueda brindar atención.
- Cooperar con su médico, el personal de la Agencia de Salud en el Hogar y los cuidadores.
- Informar a la Agencia si no puede comprender o seguir instrucciones escritas.
- Tener disponible a un familiar o cuidador sustituto que asuma el rol de cuidador principal cuando el personal de la Agencia no esté en el hogar.
- Notificar a la Agencia de Salud en el Hogar sobre la existencia de Directivas Anticipadas.
- Informar a la Agencia de Salud en el Hogar sobre cualquier problema o insatisfacción con los servicios recibidos y brindar a la Agencia la oportunidad de resolver sus inquietudes.

ESTADO DE CONFINAMIENTO EN EL HOGAR:

Un paciente puede ser considerado “confinado en el hogar” (homebound) cuando se cumplen los siguientes criterios:

Primer Criterio – Debe Cumplirse Uno de los Siguientes:

1. Debido a una enfermedad o lesión, la persona requiere dispositivos de apoyo como muletas, bastones, andadores o sillas de ruedas; requiere transporte especial; o necesita la asistencia de otra persona para salir de la residencia.
2. El paciente tiene una condición tal que salir del hogar está médicamente contraindicado.

Segundo Criterio – Ambas Condiciones Deben Cumplirse:

1. Existe una incapacidad normal para salir del hogar.
2. Salir del hogar requiere un esfuerzo considerable y agotador.

Un paciente aún puede ser considerado confinado en el hogar si las ausencias del hogar son poco frecuentes, de corta duración, para recibir tratamiento médico, asistir a servicios religiosos, asistir a programas de cuidado diurno para adultos o para eventos únicos o poco frecuentes como funerales, graduaciones o visitas al barbero.

Los criterios de elegibilidad pueden variar entre los programas de atención y servicios y son revisados periódicamente para garantizar su idoneidad y el acceso continuo a los programas de la Agencia. Las poblaciones objetivo pueden incluir personas que necesitan atención o servicios, personas de edad avanzada, bebés, niños, personas que requieren atención médica, servicios de ayuda doméstica, servicios de cuidado personal y personas con enfermedades o discapacidades, incluyendo la enfermedad de Alzheimer, autismo, esquizofrenia, artritis y condiciones relacionadas.

SAMPLE

PLAN DE COMUNICACIÓN FAMILIAR (Plan de Emergencia/Desastre)

Es posible que su familia no esté junta cuando ocurra un desastre, así que planee cómo se contactarán entre sí y revisen qué harán en diferentes situaciones. (haga una copia de esta información para cada miembro de la familia)

(INSTRUCCIONES: COMPLETE ESTA HOJA DE DATOS O PIDA A UN MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE LE AYUDE A COMPLETAR ESTA INFORMACIÓN)

Nombre de Contacto fuera de su area: _____

Email:_____ Tel. Número 1:_____ Tel. Número 2:_____

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

Nombre: _____ Número del Seguro Social: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Nuúero tel.: _____Información Medica Importante: _____
_____ Email: _____
Nombre: _____ Número del Seguro Social: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Nuúero tel.: _____Información Medica Importante: _____
_____ Email: _____
Nombre: _____ Número del Seguro Social: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Nuúero tel.: _____Información Medica Importante: _____
_____ Email: _____

Donde ir en emergencias (Escriba dónde pasa su familia más tiempo):

Trabajo/Tel: _____ Escuela u otro lugar frecuente: _____
Daycare: _____
Los lugares de trabajo y los edificios de apartamentos deben contar con planes de emergencia específicos para cada sitio:
_____
Doctors/Tel: _____
Farmacia: _____ Seguro Medico: _____
Seguro Homeowners/Rental: _____ Veterinario: _____

SAMPLE

USO SEGURO, ALMACENAMIENTO Y ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTOS OPIOIDES CON RECETA

El abuso de medicamentos recetados es un grave problema de salud pública. Los opioides son medicamentos que se pueden usar para tratar el dolor. Los opioides también se llaman “opiáceos” o “narcóticos”. Los opioides pueden ser peligrosos, incluso cuando se recetan y se toman de manera responsable. Tomar opioides en cualquier dosis puede ser dañino. Queremos asegurarnos de que tenga la información y las estrategias para mantenerse a sí mismo y a los demás seguros cuando use estos medicamentos. Hemos aprendido varias cosas importantes sobre el uso de opioides para el dolor crónico.

Tolerancia: Cuando los opioides se toman diariamente, su cuerpo obtiene acostumbrado a la medicación. Con el tiempo, el opioide será menos eficaz para reducir el dolor.

Riesgos: depresión respiratoria (dejar de respiración, también conocida como "sobredosis") que resulta en la muerte, y el riesgo de desarrollar un trastorno por uso de opioides (de moderado a grave también es conocida como “adicción”). Aumentar la dosis de un opioide aumentará el riesgo de trastorno por uso de opioides, sobredosis y otros efectos secundarios. El trastorno por consumo de opioides es una enfermedad cerebral crónica que se desarrolla a partir del uso repetido de opioides. (El riesgo aumenta con otras condiciones de salud, medicamentos y sustancias).

Dependencia: significa que su cuerpo dependerá del opioide para sentirse normal. Si deja de tomar el opioide repentinamente o disminuya la dosis demasiado rápido, sentirá un aumento del dolor y otros síntomas de abstinencia de opioides. Esto puede hacer que sea difícil parar incluso si quieres. La dependencia puede ocurrir incluso cuando se toman dosis bajas de opioides para el dolor agudo, como procedimientos dentales o fracturas, por menos de una semana. Los opioides pueden ser necesarios para el dolor agudo en algunas situaciones. Reducir el riesgo de dependencia cuando para tratar el dolor agudo, los opioides deben usarse durante cinco días o menos.

Uso seguro

El uso inadecuado de analgésicos es una de las principales causas de muerte accidental.

La combinación de opioides con alcohol u otras drogas aumenta el riesgo de muerte. Tome los medicamentos solo según lo prescrito. Nunca tomes más de lo instruido. Nunca tome la medicina de otra persona. Nunca le dé ni venda su medicamento a otra persona. Combinar opioides con. Los medicamentos utilizados para calmar la ansiedad pueden provocar una sobredosis. Usar opioides para algo que no sea el dolor (ansiedad, sueño, miedo al dolor, para sentirse bien) puede crear una dependencia/adicción dañina.

Almacenamiento seguro

Los medicamentos no utilizados en su hogar corren el riesgo de ser usados de manera inapropiada.

Los analgésicos son una de las principales causas de intoxicación grave de niños y mascotas cuando se dejan donde otros pueden conseguirlos. ocultar o Guarde bajo llave los medicamentos opioides para evitar el acceso de familiares, amigos o invitados. Mantenga los medicamentos recetados en su original envase para que quede claro para quién se recetaron los medicamentos y para guardar las instrucciones para el uso adecuado.

Eliminación segura

Coloque los opioides no utilizados en una unidad de eliminación en una farmacia o estación de policía.

Encuentre un sitio de eliminación cerca de usted en este sitio web: *https://www.deadiversion.usdoj.gov/pubdispsearch*

Si no hay un programa de devolución de medicamentos disponible en su área, puede tirarlos por el inodoro o seguir estos sencillos pasos para deseche la mayoría de los medicamentos en la basura doméstica:

Mezcle medicamentos (NO triture las tabletas o cápsulas) con una sustancia desagradable como arena para gatos o café molido usado; Lugar la mezcla en un recipiente como una bolsa de plástico sellada; y Tirar el recipiente a la basura doméstica. Antes de tirar tu frasco de pastillas vacío u otro envase de medicamento vacío, recuerde tachar toda la información de la etiqueta para hacerlo ilegible.