



Paquete de Admisión y Información para Las Pediátricas

Información del Paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre del médico: _____ Teléfono de la clínica: _____
Agencia del salud: _____

Solace Healthcare, Inc.
495 Uinta Way, Suite 140
Denver, CO 80230
tel: 303-432-8487
www.SolaceHealthcare.com

Horas de atención: 8:00am – 5:00pm lunes a viernes. Una enfermera es disponible 24 horas a día, 7 días por semana si es necesario.

Estos servicios habrán proporcionado en seguido con la receta del médico y el plan inicial de cuidado

ENFERMERÍA ESPECIALIZADA:

La enfermera va a venir _____

FISIOTERAPEUTA:

La fisioterapeuta va a venir _____ minutos _____ veces por _____ por 60 días.

TERAPEUTA DE HABLA:

La terapeuta de habla va a venir _____ minutos _____ veces por _____ por 60 días

TERAPEUTA OCUPACIONAL:

La terapeuta ocupacional va a venir _____ minutos _____ veces por _____ por 60 días.

TERAPIA POR EL INTERNET:

La _____ va a proporcionar tratamiento de _____ minutos _____ veces por _____ por 60 días.

____ El paciente guarda la opción de negarse a recibir servicios usando El Internet al cualquier tiempo sin afectando el derecho del paciente a recibir cuidado o tratamientos en el futuro. También, si Ud. no quiere continuar usando El Internet para recibir los tratamientos, puede hacerlo sin riesgo. Todavía Ud. puede recibir servicios en la casa.

____ Cuando recibe servicios usando El Internet, todas las protecciones de la privacidad son aplicables.

____ Por la ley aplicable, el paciente va a tener acceso a toda la información médica de los servicios de Telehealth.

Estos requisitos no se aplican en caso de emergencia.

Lista inicial de suministros que se ofrece sin costo: _____

Lista inicial de suministros que se ofrece con costo: _____

Atención: Los miembros de su equipo médico, la frecuencia de las citas o la duración de su cuidado pueden cambiar como la cantidad de cuidado cambia. Vamos a discutir con Ud. si hay algún cambio en su plan de cuidado o la fecha de alta de los servicios. Si Ud. tiene preguntas sobre los servicios que Ud. recibe, llama su enfermera o la agencia.

Servicios adicionales habrá proporcionado por:

El nombre de la compañía: _____

La dirección de la compañía: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____ Tel: _____

Tipo de Servicio: _____ Persona de Contacta: _____

GRACIAS...

Por elegir Solace Healthcare, de su compañía de atención médica a domicilio. Nuestro equipo de profesionales estará encantado de ayudar con su transición del hospital al hogar.

La misión de Solace Healthcare es ser un participante activo de la comunidad, en proporcionar y siempre mejorando como darle a Ud. el cuidado en su hogar. Proporcionamos el cuidado de alta calidad, cuidado compasivo con dignidad y respeto. Usamos reglas estrictas para saber que Ud. va a recibir el cuidado lo más magnífico. Dirección y el personal en todos los niveles están constantemente evaluando y actualizando los requisitos para que la empresa y sus empleados sean capaces de satisfacer sus necesidades físicas, espirituales, sociales, emocionales e intelectuales.

Este folleto de admisión contiene información general sobre sus derechos y responsabilidades como paciente y nuestras responsabilidades como su proveedor de servicios médicos. A medida que cambian las regulaciones estatales y federales, puede haber adiciones o cambios a este folleto. Nuestra política completa y manual de procedimiento respecto a su cuidado y el tratamiento está disponible bajo petición para su visualización en la oficina de la agencia en cualquier momento durante el horario normal.

SERVICIOS QUE OFRECEMOS

Solace Healthcare proporcionará servicios de enfermería especializada intermitentes a los pacientes en sus lugares de residencia. Los servicios intermitentes se proporcionan sobre una base de visitas. Nuestras enfermeras pueden proporcionar evaluación, educación para la salud, administración de medicamentos, administración de medicamentos, cuidado de heridas y de enfermería terapia de infusión.

Solace Healthcare también proporcionará terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla por órdenes médicas. Nuestros terapeutas pueden ayudar con planes de ejercicio, el fortalecimiento de post-operatorio y el aumento de su capacidad para realizar actividades de la vida diaria.

Empleos para recepción se suministrará 24 horas al día, siete días a la semana. En llamada enfermeras llevarán teléfonos celulares para contacto en caso de una necesidad urgente.

Los servicios serán coordinados por la enfermera registrada o terapeuta la gestión de la atención. Esto incluirá la implementación, revisión y actualización del Plan de Atención; conferencias médico; programación de las visitas; supervisión de los miembros del equipo de salud; y conferencias con miembros del equipo de salud para planificar y evaluar la atención al paciente. Las calificaciones y competencia del individuo(s) que proporciona el servicio son adecuadas para las necesidades del paciente y de los servicios requeridos y cumplir con las leyes y reglamentos aplicables.

Solace Healthcare proporcionará servicios a los pacientes en Colorado. Solace Healthcare mantiene el horario comercial de lunes a viernes, de 8:00 am - 5:00 pm, excepto durante las vacaciones o como autorizado por el Administrador

Estamos disponibles las 24 horas del día, 7 días a la semana en 303-432-8487. Nuestro horario de oficiales de negocios son lunes - viernes 8:00 am - 5:00 pm. Si usted tiene alguna pregunta o inquietud fuera de esas horas, por favor póngase en contacto con la oficina, solicitar ser parcheado mediante y el en persona -Llame estarán encantados de ayudarle.

Una vez más, gracias por elegir **Solace Healthcare!**

Tenga en cuenta que Solace Healthcare puede ser referido como "Solace" en este folleto.

Que comience su atención...

La misión de Solace Healthcare es hacer un cambio en la vida de la gente que con nosotros trabajamos. Nuestro objetivo es facilitar su independencia y ofrecerle opciones en su atención, honrando así su dignidad.

Su médico le ha prescrito servicios para usted a través de Solace Healthcare. Estamos en condiciones de ofrecer una amplia gama de servicios de atención de salud en el hogar a las personas de todas las edades.

Los servicios que se le están de acuerdo con el Plan de Atención que se ha establecido por su médico. Solace Healthcare pueden ser proporcionados por usted a través de Medicare, Medicaid u otro seguro de salud. Somos capaces de ayudarle en la coordinación de los beneficios de su cuidado de salud a domicilio. Si necesita ayuda, por favor llame a nuestra oficina al 303-432-8487 y pida hablar con un representante en el departamento de facturación.

Esta guía está ofrecerle información útil sobre nuestros servicios. Por favor guárdelo en un lugar conveniente ya que puede necesitar para hacer referencia a ella en el futuro. Nuestro objetivo es ofrecerle la más alta calidad de atención disponible para ayudarle en el mantenimiento de su independencia en el hogar. Se necesitará un esfuerzo de equipo para realizar plenamente esa meta.

Nuestra agencia ofrece servicios a todas las personas sin distinción de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo, religión o cualquier otro factor potencial de conformidad con los reglamentos federales, estatales o de las leyes locales.

Si usted siente que ha sido discriminado, debe comunicarse inmediatamente con la administradora de la Agencia, al 303-432-8487. También puede comunicarse con el Coordinador de la Sección 504 en la Oficina de Derechos Civiles.

Para obtener información sobre cómo presentar una queja de discriminación, o para obtener información de naturaleza de los derechos civiles, por favor póngase en contacto con nosotros. Empleados OCR harán todo lo posible para proporcionar un servicio rápido.

Las líneas directas: 1-800-368-1019
E-Mail: ocrmail@hhs.gov

(Voz) 1-800-537-7697 (TDD)
Sitio web: <http://www.hhs.gov/ocr>

*Solace Healthcare tiene la acreditación de
ACHC Accreditation Commission for Health Care, Inc.
Y tiene un status bueno con el Centro Para Servicios de Medicare.*

Si usted tiene una emergencia real, por favor no llame a la enfermera, llame al 9-1-1. Usted o un miembro de la familia, puede notificar a la oficina al día siguiente.

Gracias por elegir Solace Healthcare para proporcionarle atención médica a domicilio que usted. Apreciamos el hecho de que usted nos ha confiado su cuidado y nosotros haremos nuestro mejor esfuerzo para ofrecerle el nivel de atención que tiene derecho a esperar.

Solace Healthcare – Home Health

AGENCY DISCLOSURE NOTICE

Agency Type: Home Care Placement Home Health Care Personal Care or Non-Medical

Each home care agency or home care placement agency is required to provide the consumer information as to the responsibilities of the agency, the home care worker, and the consumer regarding the employment and duties of each.

Agency is the employer of record for all staff providing direct care services and is responsible for all items listed below.

Responsibilities are delineated below:

Consumer	Worker	Agency	
			Employer of the home care worker.
			Supervision of the home care worker.
			Scheduling of the home care worker.
			Assignment of duties to the home care worker.
			Hiring, firing and discipline of the home care worker.
			Provision of supplies or materials for use in providing services to the consumer.
			Training and ensuring qualifications that meet the needs of the consumer.
			Liability for the home care worker while in the consumer's home.
Consumer	Worker	Agency	Payment of:
			Wages to the home care worker.
			Employment taxes for the Home Care Worker.
			Social Security taxes for the Home Care Worker.
			Unemployment insurance for the Home Care Worker.
			General liability insurance for the Home Care Worker.
			Worker's Compensation for the Home Care Worker.
		N/A	Bond Insurance (if provided).

The above information and areas of responsibility have been explained and any questions have been answered in regard to responsibilities held by the consumer, the home care worker and the agency.

Consumer or Authorized Representative: _____ Date: _____

Home Care Worker : _____ Discipline: _____ Date: _____
 (if not employee or contractor to the agency where the agency holds full responsibility)

Agency Representative: _____ Title: _____ Date: _____

Printed Name of Consumer: _____ Start of Care Date: _____

Aviso por Escrito de los Derechos del Consumidor de Cuidados en el Hogar

Como consumidor de cuidados y servicios en el hogar, Ud. tiene derecho de recibir una notificación de los siguientes derechos, tanto en forma verbal como por escrito. **Tiene derecho a ejercer los siguientes derechos sin castigos o represalias por parte del personal de la agencia:**

1. Recibir información por escrito en relación con las políticas de la agencia sobre instrucciones anticipadas, incluyendo una descripción de la ley estatal vigente.
2. Recibir información sobre los cuidados y servicios que se proveerán, las disciplinas que proveerán los cuidados, la frecuencia de visitas propuestas por adelante y recibir información sobre cualquier cambio en los cuidados y servicios que se proveerán
3. Recibir cuidados y servicios de parte de la agencia sin discriminación basada en preferencias personales, culturales o étnicas, discapacidades o si ha formulado o si no tiene instrucción anticipada.
4. Autorizar a un representante para que ejerza sus derechos como consumidor de cuidados en el hogar.
5. Ser informado del nombre completo, estatus de certificación, posición del personal y empleador de todas las personas que proporcionen, formen parte de o supervisen los cuidados y servicios que reciba.
6. Ser informado y participar en la planeación de cuidados y servicios y recibir cuidados y servicios de personal capacitado adecuadamente y que sea competente para realizar sus trabajos.
7. Rechazar el tratamiento dentro de los límites de la ley y ser informado de las consecuencias de dicha acción.
8. Participar en investigación experimental solo con su consentimiento voluntario por escrito.
9. Hacer que Ud. Y su propiedad sean tratados con respecto y quedar libres negligencias, explotación financiera, abuso verbal, físico, psicológico incluyendo humillación, intimidación, o castigo.
10. Quedar libre de confinamiento involuntario y de restricciones físicas o químicas.
11. Estar seguro de la confidencialidad de todos sus registros, comunicaciones e información personal y ser informado de las políticas y procedimientos de la agencia con respecto a la divulgación de información y registros clínicos.
12. Expresar sus quejas en forma verbal o por escrito sobre los servicios o cuidados que sean o no sean provistos, o sobre la falta de respeto hacia una persona o propiedad de parte cualquiera que este proporcionando los servicios a nombre de la agencia.

Si cree que se han violado sus derechos, puede comunicarse directamente con la agencia:

Solace Healthcare Home Health, 495 Uinta Way, Suite 140; Denver, CO 80230

Administrator; Phone: 303-432-8487 x 123 or 303-521-2065

También puede presentar una queja ante la División de Instalaciones de Salud y Servicios Médicos de Emergencia del Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado, por correo o teléfono:

4300 Cherry Creek Drive South

Denver, CO 80246

303-692-2910 or 1-800-842-8826

Doy fe de la recepción del aviso de derechos anteriormente mencionado en forma verbal y escrita:

Firma del consumidor o representante autorizado

Fecha

Firma del representante de la agencia

Fecha

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE/FAMILIA

1. El paciente o la familia es responsable de notificar a Solace Healthcare si el paciente no estará disponible en casa en la hora predeterminada para la visita.
2. El paciente/familia notificar a la agencia de cualquier problema o insatisfacción con los servicios prestados.
3. El paciente/familia notificará a la agencia de la existencia de, o cambios a las directivas avanzadas.
4. El paciente/familia le notificará la agencia si la familia no están disponibles para ayudar con el cuidado del paciente.
5. El paciente/familia es responsable de seguir la recomendación y consejo prescrito por personal de la agencia en relación con el plan del médico de tratamiento.
6. El paciente/familia es notificar a la agencia si no entienden o no pueden seguir las instrucciones.
7. El paciente/familia es responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones.
8. El paciente es responsable de asegurar que las obligaciones financieras de su cuidado se cumplan lo antes posible, de conformidad con cualquier arreglo hecho con Solace Healthcare.
9. El paciente/familia es responsable de establecer con la agencia un plan de contingencia si Solace no es capaz de proporcionar los servicios. La agencia hará todo lo posible para visitar o llama el paciente por teléfono si la agencia tiene una emergencia que interrumpa el servicio. Si el paciente tiene una emergencia médica y no puede comunicarse con la agencia, el paciente debe tener acceso a la asistencia de emergencia llamando al 911.
10. El paciente/familia es responsable de ser respetuoso de la seguridad de todo el personal quien es parte de su cuidado en el hogar, proporcionando un ambiente seguro. El paciente/familia identifica problemas de seguridad a personal de la agencia.
11. El paciente es responsable de proporcionar, en la medida de su conocimiento, la información que sea precisa y completa con respecto a las enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos, manejo del dolor, presentes quejas y todas las demás cuestiones relacionadas con la salud que ayudarán en el desarrollo de un plan de cuidados que es efectivo.
12. El paciente es responsable de tratar a personal de la agencia con respeto y consideración.
13. El paciente es responsable de mantener los registros que quedan en su casa de una manera segura y protegida, la protección de la confidencialidad de información privada.

Usted puede ser dado de alta de los servicios si usted no cumple con algunas o todas las responsabilidades del paciente.

DERECHOS DEL PACIENTE AMPLIADO

Como consumidor de servicios y cuidados en casa, usted tiene derecho a recibir una notificación de los siguientes derechos, por vía oral y por escrito. **Usted tiene el derecho a ejercer los siguientes derechos sin represalias o venganza de personal de la agencia:**

1. Estar completamente informado de antemano sobre el cuidado que debe facilitarse incluyendo las disciplinas que proporcionan cuidado y la frecuencia de las visitas, así como las modificaciones al plan de atención de servicio.
2. Recibir información sobre los servicios prestados por el beneficio de Home Health Medicare, los beneficiarios de Medicare.
3. Participar en la elaboración y revisión periódica del Plan de Cuidado.
4. Rechazar la atención o el tratamiento después de las consecuencias de la atención o tratamiento negarse se presentan plenamente.
5. Ser informado, tanto verbalmente como por escrito, de la atención está provisto de los cargos, incluido el pago por el servicio y la atención, incluyendo el pago por servicio/cuidado que se espera por parte de terceros y cualquier cargo para el que el paciente va a ser responsable.
6. Haga su propiedad y la persona tratada con respeto, consideración y el reconocimiento de la dignidad del paciente y la individualidad.
7. Ser capaz de identificar los funcionarios que visitan a través de la identificación apropiada.
8. Estar libre de maltrato, negligencia o abuso verbal, mental, sexual y físico, incluyendo lesiones de origen desconocido y la apropiación indebida de la propiedad paciente.
9. Expresar quejas/denuncias sobre el tratamiento o cuidado, la falta de respeto de la propiedad o recomendar cambios en la política, el personal o servicio/atención sin restricciones, interferencias, coerción, discriminación o represalia.
10. Tener agravios/quejas sobre el tratamiento o cuidado que es o deja de ser amueblado o la falta de respeto de los bienes investigados.
11. Elegir un proveedor de cuidado de salud, incluyendo su médico.
12. La confidencialidad y la privacidad de toda la información contenida en la historia clínica del paciente y de la información de salud protegida.
13. Tenga en cuenta en las políticas y procedimientos de la agencia con respecto a la divulgación de los registros clínicos.
14. Recibir atención médica adecuada, sin discriminación, de conformidad con las órdenes médicas.
15. Estar informado de las ventajas financieras cuando se refiere a una organización.
16. Estar completamente informado de sus responsabilidades.

17. **Recibir información sobre el alcance de los servicios que la organización proporcionará y limitaciones específicas sobre esos servicios.**
18. **Ser informado de los derechos del paciente y la ley del estado para formular la declaración de voluntades anticipadas.**
19. **Ser informado de los resultados esperados de la atención y de todos los obstáculos en el logro de resultado**
20. **Recibe la gestión eficaz del dolor y control de síntomas para condiciones relacionadas con enfermedades terminales.**
21. **Ser informado de los derechos del paciente en cuanto a la recopilación y presentación de información OASIS.**

Si usted cree que se han violado sus derechos puede comunicarse con la agencia:

**Solace Healthcare
Administrator, 303-432-8487**

**También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Colorado
por correo o por teléfono:**

**4300 Cherry Creek Drive South, Denver, CO 80246
303-692-2910 o 1-800-842-8826 (mensajes toman 24 horas/día)**

Llame para preguntas o inquietudes sobre esta agencia y cualquier pregunta o duda sobre las instrucciones anticipadas.

Notice to Individuals About Nondiscrimination

Solace Healthcare, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Solace Healthcare, Inc. does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. Solace Healthcare, Inc. also takes reasonable steps to:

- Provide appropriate auxiliary aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, when such aids and service are necessary to ensure an equal opportunity to participate, which may include free qualified interpreters for individuals with disabilities and information in alternate formats.

- Provide language assistance services to people whose primary language is not English, when such services are necessary to provide meaningful access to individuals with limited English proficiency, which may include translated documents and free oral interpretation. If you need these services, please contact Ms. Darcie Peacock, Administrator. If you believe that Solace Healthcare, Inc. has failed to provide these services or discriminated in any other way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Ms. Darcie Peacock, Administrator, Solace Healthcare, Inc., 4500 Cherry Creek Dr. South, Suite 710, Glendale, CO 80246, Phone: 303-432-8487, Fax: 303-536-1854, darciep@solacehealthcare.com. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Ms. Peacock is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office of Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-303-432-8487.

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-303-432-8487.

注意:如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-303-432-8487

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-303-432-8487 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-303-432-8487.

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አገዳታ ድርጅቶቻችን በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ማስተላለፊ ቁጥር ይደውሉ 1-303-432-8487.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-303-432-8487-1

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-303-432-8487.

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-303-432-8487.

ध्यान दिनुहोस्: तपाइंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाइंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरु नि:शुल्क रुपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस्

1-303-432-8487 |

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-303-432-8487.

注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 1-303-432-8487 まで、お電話にてご連絡ください。

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-303-432-8487.

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-303-432-8487 تماس بگیرید.

Nti: Ọ bụrụ na asụ lbo, asụsụ aka ọasụ n'efu, defu, aka. Call 1-303-432-8487.

AKIYESI: Bi o ba nsọ edé Yorübü ọfé ni iranlọwọ lori edé wa fun yin o. Ẹ pe ẹrọ-ibanisọrọ yi 1-303-432-8487.

PRIVACIDAD

HIPAA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

En cumplimiento de HIPAA - La Portabilidad del Seguro de Salud y Ley de Responsabilidad de 1996

Si usted es un paciente de Solace, el aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente este aviso.

I. USOS Y REVELACIONES

Solace no divulgará su información de salud sin su autorización, salvo lo indicado en esta nota.

Plan de Cuidado/Tratamiento Solace utilizará su información de salud para el plan de atención/**tratamiento.**; por ejemplo, la información obtenida por una enfermera/terapeuta se grabará en nuestro registro y se utiliza para determinar el curso del tratamiento. El personal de enfermería y otro personal de asistencia personal se comunicarán entre sí, personalmente ya través de la historia clínica para coordinar la atención proporcionada.

Pago. Solace utilizará su información de salud para el pago por los servicios prestados. Por ejemplo, la agencia puede ser requerida por su asegurador de salud para proporcionar información sobre el estado de la atención de salud de modo que la aseguradora le reembolsará o Solace. La agencia también puede necesitar obtener la aprobación previa de su aseguradora y puede que tenga que explicar al asegurador su necesidad de servicios de asistencia personal y los servicios que se le proporcionan a usted.

Operaciones de atención médica. Solace usaremos su información de salud para operaciones de servicios de asistencia personal. Por ejemplo, las enfermeras de la agencia, el personal de campo, supervisores y personal de apoyo pueden usar información de su expediente para valorar la atención y resultados de su caso y otros similares. Esta información se utilizará en un esfuerzo por mejorar continuamente la calidad y eficacia de los servicios que prestamos. Organismos reguladores y de acreditación pueden revisar su expediente del caso para asegurar el cumplimiento de sus requisitos.

Notificación. En caso de emergencia, Solace puede usar o revelar información de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación y condición general.

Salud Pública. Como lo requiere la ley federal y estatal, Solace Healthcare puede revelar su información de salud a la salud pública o a las autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

Aplicación de la Ley. Se requiere la ley federal y estatal la agencia va a notificar a las autoridades de supuesto abuso/negligencia; y el riesgo o la amenaza de daño a sí mismo o a otros. Podemos revelar información médica para propósitos de aplicación de la ley como lo exige la ley o en respuesta a una citación válida.

Los cargos contra la Agencia. En el caso usted debe presentar una demanda contra Solace, la agencia podrá divulgar la información médica necesaria para defender tal acción.

Deber de advertencia. Cuando un paciente se comunica a Solace una seria amenaza de violencia física contra sí mismo, a sí misma o una víctima razonablemente identificable o víctimas, la agencia notificará tanto a la persona amenazada(s) y/o aplicación de la ley.

La Agencia también podrá ponerse en contacto con usted acerca de recordatorios de citas, alternativas de tratamiento o para las actividades de relaciones públicas. En cualquier otra situación, Solace solicitará su autorización por escrito antes de usar o revelar cualquier información médica que lo identifique. Si usted decide firmar tal autorización para revelar información, puede revocar esa autorización para detener todo uso o revelación futuros.

II. DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida:

1. Usted puede solicitar por escrito que Solace Healthcare no utiliza o revela su información de tratamiento, pago o administración o a personas quienes están parte en su cuidado, excepto cuando sea específicamente autorizado por usted cuando sea requerido por la ley, o en situación de emergencia. La agencia tendrá en cuenta su solicitud; sin embargo, Solace no está legalmente obligado a aceptarlo. Usted tiene el derecho de solicitar que su información de salud se comunicará con usted de manera confidencial, como el envío de correo a una dirección que no sea su casa.
2. Dentro de los límites de los estatutos y normas, que tienen el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida. Si usted solicita copias, Solace le cobrará una cantidad razonable, según lo permitido por la ley.
3. Si usted cree que la información en su registro es incorrecta o si falta información importante, usted tiene el derecho a presentar una solicitud a Solace Healthcare de cambiar su información de salud protegida mediante la corrección de la información existente o añadir la información que falta.
4. Usted tiene el derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información de salud protegida hechas por el organismo por ciertas razones, incluyendo razón relacionada con propósitos públicos autorizados por la ley y cierta investigación. La solicitud de responsabilidad debe ser presentada por escrito al Oficial de Privacidad. La solicitud deberá especificar el período de tiempo para la contabilidad de partida a partir del 14 de abril de 2003 Solicitudes de cuentas no puede hacerse por periodos de tiempo superiores a seis (6) años. El primer informe solicitado durante cualquier período de 12 meses se proporcionará sin costo alguno. Las solicitudes posteriores pueden estar sujetas a una tarifa basada costo.
5. Si este anuncio se envía de manera electrónica, usted puede obtener una copia en papel a petición de la agencia.

III. DEBERES DE LA AGENCIA

1. Solace está obligado por ley a mantener la privacidad de la información protegida de la salud y para dar aviso acerca de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida.
2. Se requiere que la agencia a cumplir con los términos de este aviso de sus deberes y prácticas de privacidad. Se requiere que la agencia para cumplir con los términos de este aviso según sea enmendado de tiempo en tiempo.
3. Solace se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso y de hacer nuevas provisiones del aviso para toda la información protegida de salud que mantiene. Antes de hacer cualquier cambio significativo en nuestras políticas, Solace cambiará el aviso y le proporcionará una copia. También puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, por favor contacte a la oficina 303-432-8487.

IV. QUEJAS

Si le preocupa que Solace Healthcare ha violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión del organismo sobre el acceso a sus registros, puede comunicarse con la oficina al 216-632-4444. También puede enviar un escrito quejan al Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos. Personal de la oficina Solace Healthcare puede proporcionarle la dirección adecuada bajo petición. Bajo ninguna circunstancia se le tomarán represalias en su contra por presentar una queja.

V. INFORMACIÓN DE CONTACTO

Solace Healthcare está obligado por ley a proteger la privacidad de su información, entregarle este Aviso sobre nuestras prácticas de información y siga las prácticas de información que se describen en el aviso. Si usted tiene alguna pregunta o queja, por favor póngase en contacto con:

**Administrador de la Agencia
303-432-8487**

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

1. Un consentimiento por escrito se obtuvo de todos los pacientes que Solace Healthcare admite para los servicios. El consentimiento se obtendrá antes de utilizar o divulgar información de salud protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica.
2. Al paciente se le brindó la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar el consentimiento de Solace Healthcare.
3. Si el consentimiento no se puede obtener antes del tratamiento debido a las barreras de comunicación o situaciones de emergencia, se puede obtener a la brevedad posible. Razones por las que no se firma deben ser documentados.
4. El consentimiento firmado da permiso para Solace Healthcare y sus socios de negocios a utilizar y divulgar la información protegida sobre la salud del paciente sólo para los propósitos de tratamiento, pago y atención médica.
5. **Si un paciente se niega a firmar el consentimiento o la revoca después, Solace Healthcare no ser capaz de proporcionar servicios a ese paciente.**
6. El consentimiento firmado es efectivo de forma indefinida o hasta que/a menos que sea revocada por escrito por el paciente
7. Formularios de consentimiento firmados serán documentados y retuvieron durante seis (6) años después de su fecha de vigencia.
8. Solace Healthcare está permitido y obligado a revelar información de salud protegida sin un consentimiento firmado para fines de aplicación de la ley, los procedimientos judiciales, y las actividades de salud pública, tal como se detalla en el Aviso de Prácticas de Privacidad.
9. Regulaciones de privacidad con respecto a la información médica protegida continúan después ha fallecido el paciente.
10. Solace Healthcare tratará un representante personal del paciente como el individuo a los efectos de la regulación de la privacidad.

CONSENTIMIENTO NO SE REQUIERE EN LAS ESAS SITUACIONES ESPECIFICAS

1. El consentimiento no es necesario si Solace Healthcare recibió la información médica en el curso de la prestación de atención de salud a una persona que es un preso de una institución correccional.
2. El consentimiento no es necesario en una situación de tratamiento de emergencia si el proveedor intenta obtener su consentimiento tan pronto como sea razonablemente posible después de la administración de un tratamiento de emergencia.
3. El consentimiento no es necesario si el proveedor está obligado por ley a tratar al individuo y el proveedor intenta obtener el consentimiento, pero es incapaz de hacerlo.

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y de hacer la revisión / nuevo aviso para toda la información médica que ya recibió. Una copia de cualquier aviso revisado será proporcionado usted.

MANEJO DE DOLOR Y EVALUACIÓN

La evaluación del dolor es una parte integral de la evaluación inicial completa y el derecho del paciente. Si el paciente tiene dolor que interfiere con la actividad o movimiento sobre una base diaria o se determina que es intratable, el manejo del dolor será una intervención específica en el plan de atención.

La enfermera registrada o el terapeuta completarán una evaluación del dolor. La evaluación incluye una medida de la intensidad del dolor y la calidad (carácter, frecuencia, ubicación y duración). Auto-informe del paciente o informe de familia/cuidador es el principal indicador de dolor e identificarán la necesidad de reevaluación para el manejo del dolor.

El dolor se evaluó en cada visita a la casa y documentado en una hoja de flujo de dolor o síntoma. La documentación incluirá la eficacia de todas las intervenciones para el dolor o modalidades. La documentación incluirá qué intervenciones se utilizaron y describir la respuesta/efectividad de la atención. En el caso del paciente que el dolor no puede controlarse será referido a un especialista en dolor.

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

La agencia reconoce la importancia de los pacientes que participan en el cuidado de la planificación y de su derecho a aceptar o rechazar el tratamiento. Solace Healthcare proporcionará a todos los pacientes con la política directiva anticipada de Solace Healthcare antes del inicio de la atención:

Solace Healthcare reconoce que todas las personas tienen el derecho fundamental a tomar decisiones sobre su propio tratamiento médico. Esto incluye el derecho de aceptar o rechazar la atención, tratamiento o servicios.

Solace Healthcare reconoce que cuando el paciente no es legalmente responsable, el responsable sustituto tiene derecho a rechazar la atención, el tratamiento y los servicios en nombre del paciente.

La directiva anticipada será seguida hasta el límite permitido y requerido por la ley.

Solace Healthcare solicitará al paciente una copia de su directiva anticipada para asegurar el personal de la agencia entiende los deseos del paciente.

En ausencia de una directiva anticipada, Solace Healthcare brindará atención de acuerdo con el Plan de Atención establecido por el médico y en consulta con el paciente/persona responsable. Solace Healthcare no condicionar la prestación de atención o discriminar a los pacientes en función de si existe o no una directiva anticipada se ha establecido.

El paciente tiene el derecho de revocar o modificar una directiva anticipada en cualquier momento. El paciente tendrá que notificar a Solace Healthcare de los cambios realizados.

Si la agencia no puede, por cualquier razón, llevar a cabo instrucción anticipada del paciente, notificarán al paciente/cuidador y, si es necesario, ayudar al paciente a encontrar un proveedor alternativo.

La agencia se comunicará directiva para todo el personal que participa en la atención al paciente.

Si directiva anticipada no identifica el deseo del paciente de retener la reanimación y no hay ninguna orden médica para ello, el personal Solace Healthcare iniciará la RCP en caso de parada cardiopulmonar.

PLANIFICACIÓN DE DESASTRES

En el improbable caso de un desastre natural (tornado, tormenta de hielo, severa tormenta de nieve, los cortes de energía etcétera) que obliga a la cancelación de los servicios, la agencia hará todo lo posible para satisfacer las necesidades médicas necesarias.

- **Nivel I:** Para los pacientes que requieren servicios que no se puede posponer la agencia hará todo lo posible para ponerse en contacto con usted para ofrecerle la información más actualizada sobre cuando usted nos puede esperar a estar en su casa. Si usted no recibe noticias de nuestra agencia dentro de las cuatro horas de nuestra visita programada por favor póngase en contacto con su servicio de emergencia local o Servicio de Ayuda para Desastres de la manera indicada por el Sistema de Difusión de Emergencia.
- **Nivel II:** Para los pacientes que requieren servicios que razonablemente podían aplazarse 2-3 días la agencia se pondrá en contacto con usted lo antes posible actualizar en cuanto a cuándo estaremos en su casa.

Si su condición empeora o si siente que no puede esperar a nuestra llegada, por favor llame al 9-1-1.

INSTRUCCIONES DE SEGURIDAD PERSONAL

Todos los pacientes necesitan tomar precauciones especiales para asegurar un ambiente seguro. La mayoría de los accidentes en el hogar se pueden prevenir mediante la eliminación de los peligros. Esta lista le ayudará a encontrar los peligros potenciales en su hogar. Revise cada declaración que usted necesita para trabajar en hacer de su hogar un lugar más seguro. **Por favor, hable con su enfermera/terapeuta o llame a la agencia en cualquier momento si tiene alguna inquietud o pregunta sobre la seguridad del paciente.**

PREVENCIÓN CAÍDA

- Use un taburete estable con una barra de la mano. Nunca use una silla como un taburete.
- Mejorar la iluminación en su hogar. Reemplace los quemados. Pantallas de las lámparas o bombillas mate pueden reducir el deslumbramiento.
- Asegúrese de que las escaleras, pasillos, entradas y escaleras exteriores estén bien iluminadas. Tiene un interruptor de luz en la parte superior e inferior de las escaleras.
- Mantenga una lámpara, linterna y pilas de repuesto a poca distancia de su cama.
- Utilice luces de noche para aumentar su vista mientras esté caminando por la noche.
- Mantenga la alfombra en las escaleras cómodamente en su lugar.
- Ponga barandas en las escaleras y en el baño para la ayuda en el equilibrio.
- Instale barras de apoyo junto a su inodoro y en la bañera o ducha.
- En bañeras y duchas utilizar alfombras antideslizantes o usar un banco de baño.
- Use un inodoro elevado y/o taburete de ducha, si es necesario.
- Discuta un programa de ejercicio con su médico.
- Hable de sus medicamentos con su médico, enfermera o farmacéutico.
- Lleve sus gafas y haga que su examen de la vista cada año.
- Levántese lentamente después de haber estado sentado o acostado.
- Utilice un bastón para una mayor estabilidad, si es necesario.
- Piense en el uso de un dispositivo de alarma que traerá ayuda en caso de que se cae y no puede levantarse.

PREVENCIÓN DE QUEMADURAS

- El número de bomberos se publica en todos los teléfonos. Todos los familiares y cuidadores miembros están familiarizados con los procedimientos de emergencia 911.

- Notifique al departamento de bomberos si una persona con discapacidad es en el hogar.
- **No fume en la cama o cuando se esté utilizando oxígeno.** Nunca deje cigarrillos encendidos sin vigilancia. No tirar los humeantes cenizas en un bote de basura puede. Mantenga los ceniceros lejos de muebles y cortinas tapizados.
- Instale detectores de humo en cada piso de su casa, incluyendo el sótano. Coloque detectores de humo cerca de las habitaciones donde las personas duermen. Alarmas de humo de prueba cada mes para asegurarse de que están funcionando correctamente.
- Instale nuevas baterías de los detectores de humo dos veces al año o cuando se cambia los relojes al horario de verano en la primavera y el otoño.
- Los extintores son revisados con frecuencia para la estabilidad.
- Tiene un plan de escape familiar y lo practican cada seis meses. Por lo menos dos rutas de escape diferentes se planifican desde cada habitación para cada miembro de la familia. Si su salida es a través de una ventana de la planta baja, asegúrese de que se abre fácilmente.
- Si usted vive en un edificio de apartamentos, saber dónde se encuentran las escaleras de salida. No use el ascensor durante una emergencia de incendio.
- Designe un lugar seguro en el frente de la casa o edificio de apartamentos para miembros de la familia se reúnen después de escapar de un incendio.
- Si su salida de incendios se corta, mantener la calma, cierre la puerta y sellar grietas para contener el humo. Pedir ayuda a la ventana.
- Si alguien no puede salir la cama, pone la persona encima de una manta robusto y evacuar a un lugar seguro tirando/arrastrándola fuera de la casa.
- Después de retirar todo le gente, si el fuego está contenido y pequeño, puede utilizar un extintor de fuego en el cuerpo de bomberos llega.
- Haga que un profesional hornos y calentadores de verificación.
- Haga que su chimenea inspeccionado y limpiado, estufas de leña instalado correctamente y no quemar basura en cualquiera de ellos. No utilice gasolina para iniciar incendios.
- Los calentadores portátiles (eléctrica o de queroseno) se colocan fuera de la trayectoria de las áreas de tráfico. El calentador está regulado por lo menos tres pies de distancia de cualquier tela o materiales combustibles. El calentador se utiliza en el suelo y se apaga. Si uso calentadores de gas o queroseno, sólo se utilizan en un bien ventilado habitación. Kerosene sólo debe mantenerse en un recipiente sellado y etiquetado cerrado herméticamente.
- Hacer electrodomésticos y bacalao eléctricos estén limpios, en buen estado y no expuesto a líquidos.
- Los enchufes eléctricos están conectados a tierra. No ponga tapones adicionales en un zócalo.
- Mantenga las áreas de cocina libre de objetos inflamables (agarraderas, toallas, etcétera).
- Mantenga el área de almacenamiento por encima de la estufa libre de materiales inflamables/combustibles.
- Use mangas cortas o ajustadas durante la cocción; no llegan a más de quemador de la estufa.
- No deje la estufa desatendida cuando se cocina, sobre todo cuando el quemador se pone en un valor alto.
- Posiciona las manijas de las cacerolas lejos de los quemadores y el borde de la estufa.
- Evite cocinar a fuego alto con aceites y grasas.
- Punciona envolver de plástico antes de calentar alimentos en el microondas.
- Nunca coloque líquidos calientes/sólidos en el borde del mostrador.
- Coloque protección por capas entre la piel y la almohadilla térmica.
- Mantenga los aparatos eléctricos lejos de la zona de la bañera o ducha.
- Ajuste el termostato del calentador de agua por debajo de 120°F para evitar la quema.
- Los líquidos inflamables deben mantenerse en recipientes no sean de vidrio herméticamente y etiquetados correctamente. Manténgalos lejos de calentadores, hornos, calentadores de agua, estufas y otros aparatos a gas.

Seguridad de los medicamentos

- No tome medicamentos que son recetados para otra persona.

- Crea una lista completa de los medicamentos actuales (incluyendo los con y sin receta, vitaminas, y hierbas). Revise la lista de las discrepancias y hacer cambios de inmediato a medida que ocurren. Muestre la lista a su médico o farmacéutico para evitar la combinación de fármacos de forma inapropiada.
- Conocer el nombre de cada uno de sus medicamentos; por qué lo toma; cómo tomarlo; posibles efectos secundarios; y qué alimentos u otras cosas para evitar al cómo ella.
- Informar sobre alergias a medicamentos o efectos secundarios con su médico.
- Tome los medicamentos exactamente según las instrucciones. Si el medicamento se ve diferente de lo que esperaba, pregunte a su médico o farmacéutico acerca de él.
- Nombres de los medicamentos pueden parecer iguales o suenan igual. Para evitar errores, consulte con su proveedor de atención médica si tiene preguntas.
- No utilice alcohol cuando se está tomando la medicina.
- No se pare o cambie los medicamentos sin la aprobación de su médico, incluso si se siente mejor. Si olvida una dosis, no duplique la siguiente dosis más tarde.
- Utilice un sistema de lista o contenedor para ayudarlo a recordar cuándo tomar sus medicamentos. Su enfermera de atención domiciliar le puede ayudar con esto.
- Lea las etiquetas de medicamentos (incluyendo advertencias) cuidadosamente antes de tomar cualquier medicamento, siempre. Mantener el medicamento en el envase original.
- Guarde los medicamentos en forma segura en un lugar fresco y seco.
- Mantenga los medicamentos fuera de los niños y los adultos confundidos.
- **La eliminación de los medicamentos que ya no esté tomando. Ir a smarxtdisposal.net para obtener instrucciones o:** quitar medicamentos de envases originales. Ocultar o eliminar la información personal y los números que utilizan un marcador negro, cinta adhesiva o por el rascado apagado. Mezclar medicamentos en una bolsa sellada con motivos arena para gatos o café. Tíralo y los envases vacíos en la basura. Antes de lavar cualquier medicamento por el inodoro consulte el sitio web de la FDA para la seguridad.
- Sepa cómo comunicarse con su equipo de control de intoxicaciones.
- Guarde cuidadosamente los artículos peligrosos en sus envases originales.
- No mezcle los productos que contienen cloro o lejía con cualquier otra cosa.
- Los insecticidas deben ser utilizados y almacenados adecuadamente o desecharse.
- Guarda los artículos peligrosas, productos de limpieza y productos químicos fuera del alcance de los niños y adultos con discapacidad o confusas.
- Deseche los artículos peligrosos y venenos sólo según las indicaciones.

EQUIPO DE SEGURIDAD

- Mantenga las instrucciones del fabricante cerca de equipos.
- Siga las instrucciones del fabricante para el mantenimiento.
- Tenga los números de teléfono de su proveedor de equipo médico disponible.
- Siempre que sea posible tener equipos de respaldo disponibles.
- Todo el equipo que funciona con electricidad necesita las conexiones correctas.
- Alarmas de los equipos de prueba periódicamente para asegurarse de que usted puede oírlos.
- Tener las baterías del equipo inspeccionadas periódicamente por un técnico de servicio calificado.
- Barandillas laterales estén correctamente instalados y utilizados cuando sea necesario. No lo use barandillas de la cama como un sustituto de un sistema de sujeción de protección física.
- Si se dividen rieles de la cama, eliminar o dejar el extremo de los pies hacia abajo de modo que el paciente no está atrapado entre los rieles.
- Colchón debe caber la cama. Añadir el relleno para rellenar huecos entre el ferrocarril y el colchón o entre la cabecera y el pie de cama y colchón para reducir las brechas.
- Registrar los equipos eléctricos, tales como oxígeno o un respirador, ingenio h la compañía de electricidad local.

SEGURIDAD DE OXÍGENO

- Utilice sólo oxígeno como se indica.
- **No fumar cerca de oxígeno. Publicación de "No Fumar"** señales en el hogar.
- Cilindros de oxígeno tienda del calor y la luz solar directa. No permita que el oxígeno se congele o se sobrecaliente.
- No uso de aceite/productos derivados del petróleo en el paciente y no uso aerosoles latas cerca de oxígeno.
- No cubra el tanque de oxígeno o concentrador con cualquier cosa.
- Mantenga las llamas abiertas hace al menos 10 pies de distancia de la fuente de oxígeno.
- Tenga equipo de tierra. Mantenga cualquier equipo eléctrico que pueden provocar al menos 10 pies desde el sistema de oxígeno.
- El uso del 100% de las sábanas de cama de algodón y la ropa puede evitar la estática de la electricidad.
- Los cilindros de oxígeno deben ser almacenados en posición vertical, no debajo de las camas, porches o el maletero de un coche.
- Mantenga un cilindro de oxígeno portátil para usar si el concentrador falla.

SEGURIDAD DURANTE CORTES ELÉCTRICOS

Durante un corte de energía, si usted necesita ayuda y los teléfonos de la agencia no está trabajando:

- Llame al 911 o vaya a la sala de emergencia del hospital más cercano si se encuentra en una crisis o tiene una emergencia situación.
- Llame a su pariente o vecino más cercano, si no es una emergencia.

SEGURIDAD EN EL AGUA ALREDEDOR DE LEVANTAMIENTO

Las inundaciones son comunes y pueden ocurrir rápidamente. En época de lluvias, prestar atención a las noticias locales.

Póngase en contacto con su departamento de la Cruz Roja Americana local o Salud Pública para obtener una lista de elementos de un equipo de emergencia. Un buen equipo debe tener un radio de baterías, linternas, baterías adicionales, suministros de primeros auxilios, mantas, almohadas, ropa, comida y bebida agua.

Si las autoridades locales emiten un alerta de inundación, prepárese:

- Cierre las puertas y ventanas. Ponga los artículos importantes en los pisos superiores de la casa.
- Si se lo indican, desconectar los servicios públicos en los interruptores principales o válvulas. No toque el equipo eléctrico si usted está mojado o parado sobre agua.
- Llene una bañera limpia con agua en el caso de agua local no es seguro o no está disponible.
- No se necesita una gran cantidad de agua para darle una paliza. Nunca caminar en el agua en movimiento.

SEGURIDAD DURANTE DE UN TORNADO

Los tornados son las tormentas más violentas de la naturaleza. Cuando un tornado ha sido avistado, vaya a su refugio inmediatamente. Manténgase alejado de las ventanas, puertas y paredes exteriores.

- **En una casa o un edificio pequeño:** Vaya al sótano o bodega de tormenta. Si no hay sótano, vaya a un cuarto interior en la planta baja (armarios, pasillos interiores). Métase debajo de una mesa resistente, agárrate y proteja su cabeza. Quédate allí hasta que el peligro haya pasado.
- **Si el paciente está postrado en cama,** mover la cama del paciente 's tan lejos de las ventanas como sea posible. Cubra el paciente con mantas o almohadas pesadas asegurándose de proteger la cabeza y la cara. A continuación, vaya a un lugar seguro.

- **En un centro escolar, hogar de ancianos, hospital, fábrica o comercial:** Ir a un refugio predeterminadas. Los pasillos interiores de la planta baja son generalmente más segura. Evite las ventanas y los espacios abiertos.
- **En un edificio de gran altura:** Ir a una pequeña habitación o pasillo interior en el piso más bajo posible.
- **En un vehículo, remolque o casa móvil:** Salga inmediatamente y vaya a una estructura más sustancial. No intente conducir fuera un tornado. Ellos son erráticos y se mueven con rapidez.
- Si no hay un **refugio cerca**, acuéstese en el cercano canal, barranco o alcantarilla con las manos protegiendo la cabeza.

Asegure su casa:

- Cubra las ventanas con madera contrachapada, contraventanas o cinta adhesiva.
- Mueva los muebles de jardín y otros artículos al aire libre en el interior.
- Mover objetos personales esenciales a una, la ubicación impermeable interior.

Evacuar a un refugio (si está indicado) con lo que:

- Un suministro para dos semanas de medicamentos/suministros.
- Alimentos para regímenes especiales no perecederos y un abrelatas manual.
- Colchón de aire, cuna, silla plegable de peso ligero, saco de dormir, mantas, almohadas.
- Ropa extra, artículos de higiene personal, gafas.
- Papeles importantes y de identificación válida con su nombre y dirección actual.
- Su carpeta de Solace Healthcare.
- Los dispositivos de ayuda, tales como silla de ruedas, andador, bastón y oxígeno portátil.
- Si usted es eléctricamente dependiente y tiene que ir **debe llevar su dispositivo eléctrico** (como concentrador de oxígeno) con usted. Refugios para necesidades especiales tienen energía eléctrica de un generador. **NOTA:** En la mayoría de los casos, no se permiten mascotas en los refugios.

PRECAUCIONES DURANTE TIEMPO CALUROSO

Sea consciente de la posibilidad de una enfermedad relacionada con el calor. Siga estas pautas:

- Nunca deje a nadie en un vehículo estacionado y cerrado durante el tiempo caliente.
- Toma mucha agua, incluso si usted no crea que lo necesite. Evite el alcohol y la cafeína. No comer en exceso en cualquier comida o merienda.
- Permanezca en el interior de una zona de aire acondicionado o bien ventilado.
- Utilice agua para vivir a costa de frecuencia cuando en un lugar cálido.
- Utilice protector solar, sombreros y ropa suelta, liviana y de colores claros.
- Hable con su médico acerca de sus medicamentos y la exposición al sol.
- Si se siente mareado, o tener náuseas, dolores de cabeza o calambres musculares, refrescarse y beber líquidos. Obtener asistencia médica si estos síntomas no desaparecen.

TERREMOTO

Protéjase de las caídas, caída de objetos y edificios desmoronados Lo mejor es quedarse donde está. Manténgase alejado de la parte exterior de los edificios, muros, fuentes de líneas, árboles, farolas y señales.

Si está dentro, permanecer allí y:

- Métase debajo de una mesa fuerte, protéjase la cabeza.
- Si usted está en una silla de ruedas, pasar a una puerta, bloquear las ruedas y cubra su cabeza con sus brazos.
- Si usted está en la cama, quédese ahí, tirón encubre, y cubrir su cabeza.

Cuando esté al aire, permanecer allí y se mantenga alejado de la parte exterior de los edificios.

Cuando en un coche, parar, estacionar lejos de objetos peligrosos y permanecer allí hasta que el temblor se detenga.

Después del terremoto, espere unos minutos antes de moverlo. Hacer cualquier ruido que pueda si usted está atrapado o una linterna. Esté preparado para las réplicas.

Control de Infecciones en el hogar

La limpieza y la buena higiene ayudan a prevenir infecciones. Los artículos tales como vendas, apósitos o guantes quirúrgicos pueden propagar la infección y dañar el medio ambiente. Si no se desechan adecuadamente, estos elementos pueden dañar a los manipuladores de basura, familiares y otras personas que puedan estar en contacto con ellos.

Algunas personas son más susceptibles a la infección que otras. Decirle a su médico o enfermera si usted tiene cualquiera de los siguientes:

- Dolor/sensibilidad/enrojecimiento o inflamación de la parte del cuerpo
- Erupción/lagas/úlceras
- fiebre o escalofríos
- dolor al orinar
- dolor de garganta/tos
- confusión
- mayor cansancio/debilidad
- náuseas/ vómitos/diarrea
- pus (verde/amarillo de drenaje)

Usted puede ayudar a controlar la infección siguiendo estas pautas:

LAVADO DE MANOS

Lavarse las manos es la manera más efectiva para prevenir la infección y la propagación de infecciones. Usted debe lavarse las manos antes y después de preparar alimentos, usar el baño y ayudar a alguien con cualquier tipo de atención personal. También lavarse las manos antes y después de lavar la ropa y después de jugar con o limpiar después de los animales domésticos.

Las manos deben lavarse con jabón y agua corriente; frótese las manos bajo el agua por lo menos 20 segundos. Preste atención a todas las áreas de las manos y las uñas. Después de enjuagar, secar con una toalla limpia. Si usted no sabe la toalla está limpia, le recomendamos que utilice una toalla de papel. Use la misma toalla para cerrar las llaves de agua.

Si el agua y el jabón no están disponibles, un desinfectante para manos a base de alcohol puede ser utilizado para la limpieza. Ponerse el limpiador en una mano; y frotar las manos enérgicamente, cubriendo todas las superficies de las manos y los dedos, hasta que las manos estén secas. Si todo el lavado se seca la piel se puede aplicar una ligera cantidad de loción después del lavado.

Cubra su tos

Cúbrase la boca y la nariz con un pañuelo desechable al toser o estornudar; o tosa o estornude en su manga, no en sus manos. Coloque el pañuelo usado a la basura. Se le puede pedir que se ponga una mascarilla quirúrgica para proteger a los demás. **Lávese las manos después de toser o estornudar.** Lávese las manos con jabón y agua tibia durante 20 segundos o limpia con limpiador de manos a base de alcohol.

GESTIÓN DE LA OFERTA

Artículos solo uso incluyen: tejidos, vendajes, catéteres urinarios, pañales desechables, tubos, guantes, etcétera. Una vez utilizados estos pueden ser eliminados con los residuos domésticos. Los elementos que se van a utilizar una y otra vez incluyen cosas tales como: ropa de cama, vajilla, termómetros, inodoro portátil, andador, silla de ruedas, silla de baño, equipo de oxígeno y de la máquina de succión. Lave las sábanas que tienen sangre o fluidos corporales por separado de otra

ropa. Use agua caliente para estos artículos. Líquido blanqueador de uso doméstico debe ser añadido si usted sabe que la ropa de cama ha infectado material sobre ellos, *un 1 se recomienda parte de cloro a la solución de 10 partes de agua.*

Limpie todos los artículos inmediatamente después de su uso. Los elementos que tienen una batería, como los termómetros, se debe limpiar con alcohol y se deja secar. Siempre siga las instrucciones del fabricante instrucciones. Si no está seguro, pregúntele a la enfermera agencia o una terapeuta.

¿CUÁLES SON MOYUELOS?

Los artículos que son agudas, se llama "sharps" en ingles *incluyendo: agujas, jeringas, lancetas, tijeras, cuchillos, grapas, botellas o tubos de vidrio, catéteres intravenosos, cuchillas de afeitar, maquinillas de afeitar desechables, etcétera.*

Coloque utilizados "**sharps**" directamente en un recipiente limpio, cara dura, como una botella de lejía vacía. Utilice un recipiente de plástico duro o metal. Nunca coloque estos contenedores en el reciclaje. Sellar la tapa del recipiente con cinta adhesiva de alta resistencia y colocarlo en la basura.

DERRAMES POTENCIALMENTE INFECCIOSOS

Derrames de sangre y fluidos corporales se limpian por ponerse los guantes y limpiar fluido con toallas de papel. Utilice una solución de limpieza de lejía y agua (*1 taza de blanqueador en 10 tazas de agua*) para limpiar la zona de nuevo. Bolsa doble la usa toallas de papel y dispone de ellas en la basura.

LLAME 9-1-1 INMEDIATAMENTE SI TIENE:

- Dolor en el pecho o sensación de opresión sin alivio
- Dificultad repentina para caminar o hablar
- Debilidad, adormecimiento o sensación de hormigueo en un lado
- Desmayo o convulsiones
- Dolor o sangrado después de una caída o lesión
- Dificultad para respirar sin alivio
- Sangrado que no es fácilmente resueltos, a partir de: la nariz, la boca o el recto
- Comienzo repentino de dolor severo o prolongado
- Imposible, o muy difícil, despertar a un paciente
- Cambio repentino en la visión

DIRECTRICES PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES SÍNTOMAS QUE NO SEAN LAS QUE APARECE ARRIBA:

Durante **el horario normal** debe llamar a la oficina al:

303-432-8487 y pida hablar con la enfermera.

Después del horario normal debe llamar a nuestra línea fuera del horario en:

303-432-8487 y pida hablar con el Administrador

POR FAVOR LLAME Y si tiene alguno de los siguientes síntomas nuevos o modificados:

- Mareos
- Sudoración hechizos
- Cambio en el equilibrio o fuerza
- Visión borrosa
- Dolores de cabeza frecuentes
- Nueva confusión o aumento
- Aumento de la fatiga
- Picazón/erupción
- Dolor en las piernas
- Nuevas heridas o áreas abiertas
- Caídos con una lesión pequeña o no hace daño
- Sangrado mínimo de: un corte/lesión o de la nariz, la boca o el recto
- Heces negras/alquitranadas
- No defecar durante 3 días
- Aumento del dolor que la medicina no lo ayuda

POR FAVOR LLAME Y DENUNCIAR estos síntomas de una infección de herida POSIBLE:

- Aumento del dolor o enrojecimiento
- Aumento del enrojecimiento o hinchazón
- Más o diferente drenaje
- El aumento de tamaño
- Cambiar o nuevo olor de la herida
- Temperatura de 100 grados o más

POR FAVOR LLAME Y DENUNCIAR ESTAS SEÑALES DE UN CORAZÓN POSIBLE O PULMÓN DE PROBLEMAS:

- Aumento en la falta de aliento
- Más hinchazón en las piernas o los pies
- Con hinchazón inesperada o la hinchazón se nota
- Una tos productiva o cambio en la tos

POR FAVOR LLAME Y DENUNCIAR ESTAS SEÑALES DE UN PROBLEMA URINARIO POSIBLE:

- Mal olor de la orina
- El dolor de espalda o de lado
- Aumento o disminución de la micción
- Confusión
- Dificultad para orinar
- Dolor o molestia al orinar
- Sangrienta, nublado o cambio en el color de la orina
- Fugas catéter o no drenaje

POR FAVOR LLAME Y DENUNCIAR ESTAS SEÑALES DE PROBLEMAS POSIBLES DIABÉTICOS:

- Debilidad no controlada o mareos
- Visión borrosa
- Sudoración hechizos
- Dolor de cabeza
- Confusión
- Fatiga inusual o somnolencia

Si se le presenta un nuevo o modificado síntoma fuera del horario comercial llama 303-432-8487

Pida que la enfermera paginado a su número de teléfono de su casa

QUÉ ESPERAR CUANDO LLAME:

Nuestros teléfonos son monitoreados las 24 horas del día/7 días a la semana. Nuestro servicio de respuesta ya sea a responder a su llamada inmediatamente o devolverá la llamada dentro de 30 minutos. Se le pedirá unas preguntas, después de lo cual se pondrá en contacto con unas de las enfermeras.

La enfermera le llamará . La enfermera tendrá que hacerle varias preguntas más acerca de sus síntomas para determinar el mejor curso de acción. En la mayoría de los casos que él/ella le proporcionará información por teléfono sobre lo que puede hacer para "pasar la noche" y se harán arreglos para una visita in situ a la mañana siguiente. Si se determina que es necesaria la atención inmediata de la enfermera puede ir a su casa de inmediato. **En el caso de una emergencia potencialmente mortal debe llamar al 9-1-1 o visite su sala de emergencia local.**

Después de haber sido dado de alta de cuidados en el hogar con nuestra agencia por favor póngase en contacto con su médico si tiene alguno de los problemas anteriores.

COPIAS DE PAPEL DE DOCUMENTACIÓN SOLICITADA:

Solace Healthcare es una empresa sin papel. Le informamos Solace Healthcare cobra una tarifa fija de \$25.00 por cada solicitud de una copia en papel de la totalidad o parte del historial médico de cada paciente.

MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO: (selecciona una o más)

Teléfono: ____ - ____ - ____

Correo Electrónico: _____

Texto: ____ - ____ - ____

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Solace Healthcare, Inc. - Home Health
CONSENTIMIENTO Y ADMISIÓN ACUERDO

CONSENTIMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Doy mi consentimiento para la prestación de servicios y autorizo al personal de Solace Healthcare, Inc. (Solace) para proporcionar servicios en el hogar, según lo prescrito por mi médico y esté incluido en mi plan de atención. Entiendo que Solace proporcionará supervisión del personal. Autorizo el intercambio de información con respecto a mi tratamiento, incluyendo pacientes hospitalizados se mantiene, las pruebas y los resultados y la información de pago para ser liberado de mi médico y/o cualquier instalación de tratamiento a Solace que sigue las reglas de HIPAA.

SEGURO DIRECTO:

Medicare Medicaid Seguros Privados Intervención Temprana Pago Automático

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Co-Pago \$ _____ Co-Seguro _____ % Deducible \$ _____

_____ Entiendo que Solace Healthcare presentará una reclamación a mi compañía de seguros en mi nombre y soy responsable por cualquier responsabilidad del paciente determinada en base a mi plan de beneficios. Entiendo que la estimación anterior de responsabilidad financiera es sólo una estimación, y no una garantía, basada en la información proporcionada a Solace por mi asegurador en el momento de la solicitud. Póngase en contacto con su proveedor de seguros para obtener más detalles sobre sus beneficios. Si usted tiene preocupaciones acerca de su responsabilidad financiera, por favor llame a nuestros consejeros financieros al 303-432-8487.

_____ Autorizo la publicación de todos los registros médicos necesarios para actuar en esta solicitud de facturación. Solicito que el pago de beneficios se haga en mi nombre.

_____ Si mi estado de seguro cambia y ya no soy elegible para beneficios, o cambio planes de seguro, es mi responsabilidad de notificar inmediatamente a Solace. Si no notifico inmediatamente a Solace Healthcare, soy responsable de pagar los cargos facturados por mis servicios en un plazo de 45 días a partir de la fecha de la factura / estado de cuenta. Entiendo que se me puede cobrar un 18% de interés por cualquier parte de mi factura que tenga 60 días de vencimiento. Por favor llame al 303-432-8487 para cualquier cambio de seguro o preguntas de facturación.

DIRECTIVAS ANTICIPADAS:

_____ Paciente NO ha hecho ninguna directiva anticipada y no tiene poder notarial médico
_____ Paciente ha hecho las directivas anticipadas, que se encuentran en _____
_____ Paciente tiene poder médico: _____
tel # : _____ se encuentra en _____
_____ Paciente tiene orden de no resucitar, locación _____

_____ Yo entiendo que si hago las decisiones nuevas o diferentes notificaré Solace Healthcare y estoy de acuerdo para proporcionar una copia de todas las directivas anticipadas y Poder Médico de autorizaciones de mi abogado.

COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN:

_____ Entiendo Solace Healthcare debe coordinar con todos los organismos que prestan servicios de salud en mi casa y estoy de acuerdo en proporcionar Solace con los nombres de estas agencias:

_____ Me niego a compartir esta información, y no deseo Solace para coordinar con otros Proveedores.

INFORMATION RECEIVED: (Patient to initial to confirm receipt)

_____ Folleto de Admisión incluyendo: Información sobre las directivas anticipadas; Política de la Agencia no discriminación; Divulgación Agencia de Colorado; Colorado Aviso Escrito de Derechos y Responsabilidades del Consumidor, Derechos del Paciente de ampliación; Declaración del Acta de Privacidad; OASIS derechos de privacidad; HIPAA Aviso de prácticas de privacidad; Las inclemencias del tiempo y planificación de desastres; Síntoma de informes Proceso; Seguridad de los medicamentos; La información de control de infecciones; Información Seguridad en el hogar y la información relativa a la cobertura y los pagos de Medicare.

_____ Los días y horas de las primeras citas: _____

Firma del Paciente/Persona Responsable

Fecha

Nombre del Responsable/Relación

Firma Solace Healthcare -Representante

Fecha

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO / AUTORIZACIÓN PARA intercambio mutuo de información

CONSENTIMIENTO: Doy mi consentimiento para la prestación de servicios y hago autorizo al personal de Solace Healthcare, Inc. para proporcionar información con respecto a mi plan de atención a otras agencias. Yo entiendo que mi plan de cuidado es una colaboración interinstitucional y que la información sobre mí y mi familia se repartirá entre los socios documentados a continuación y Solace Healthcare, Inc para la planificación y el desarrollo de soporte. Esto está de acuerdo con el Memorando de Entendimiento 1995 entre el Departamento de Educación, de Salud Pública y Medio Ambiente, Servicios Sociales y Políticas y Financiación de Salud de Colorado.

Iniciales del Paciente/Persona Responsable _____ *Iniciales del Representante de Solace Healthcare, Inc.* _____

Por la presente autorizo el intercambio mutuo de información y entrega de documentos en relación con lo anterior paciente llamado entre Solace Healthcare, Inc. y los particulares o entidades que figuran a continuación:

My Community Centered Board (CCB)
La escuela mia (public o privada)
Child Find
BOCES
Departamento de Servicios Humanos de mi condado
The Children's Hospital
Swedish Medical Center
University of Colorado Hospital
Rose Medical Center
Presbyterian/St. Luke's Hospital
Littleton Adventist Hospital
Denver Health
Lutheran Medical Center
Porter Hospital
Sky Ridge Hospital

The Medical Center of Aurora
Anchor Center
CHIP
miembros de mi equipo médico
Centro de Salud Mental de mi condado
Tri-County Health
Social Security Administration
equipo gestión de Solace
Trans disciplinary Team Discussion
St. Joseph Hospital
St. Anthony's Hospital
miembros de la familia o amigos en las casa durante la cita
guardería infantil
Kaiser Permanente
Médico de Atención Primaria
Otra persona o agencia: _____

Específicamente, ¿hay alguna persona o agencia que usted no da su consentimiento para revisar la información de su hijo? _____

He estado plenamente informado de la utilización prevista de esta información. También entiendo que la agencia/persona que recibe esta información está obligado a mantenerla de manera confidencial y que se va a utilizar sólo con el propósito he autorizado. Entiendo que esta información se mantiene en una base de datos que está protegido con contraseña, para el uso exclusivo de los empleados Solace Healthcare, Inc. con el propósito de optimizar la comunicación, recursos, y apoyo para mi hijo y mi familia. Entiendo que mi consentimiento es efectivo para la totalidad de mi atención en Solace Healthcare, Inc. También entiendo que puedo cancelar la totalidad o una parte de mi consentimiento notificando Solace Healthcare, Inc por escrito en cualquier momento.

NOTIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO OBLIGATORIA DEL ESTADO REPORTAR ABUSO: LAS terapeutas que trabajan conmigo mismo y mi familia son informantes obligatorios de abuso. Deben informar a las autoridades si el abuso es testigo, sospechoso o han sido informados de que el abuso se lleva a cabo por un tercero razonablemente fiable. La ley establece actualmente:

"... una persona determinada que tenga motivos razonables para saber o sospechar que un niño ha sido víctima de abuso o negligencia o que se ha observado que el niño sea sometido a circunstancias o condiciones que razonablemente resultar en abuso o negligencia deberá inmediatamente después de recibir dicho informe información o hacer un informe que se hará de tal hecho al departamento del condado o agencia de policía local"

X

Firma del Paciente / Persona Responsable

Fecha

X

Firma de Solace Healthcare, Inc. Rep

Fecha

Nombre del paciente: _____

La fecha del nacimiento: _____

Estamos todos en Solace Healthcare que agradecemos nuevamente por escoger uso para sus necesidades de terapia. Solace aprecia cualquier y todos los comentarios que pueda tener. Por favor visite nuestro sitio web www.solacehealthcare.com y completar una encuesta de satisfacción al cliente en línea.

"He revisado y comprender toda la información contenida dentro de este paquete de admisión"

X _____
Escriba nombre

Relación con el paciente

X _____
Firma del Paciente / Persona Responsable

La Fecha

