

CLIENT SERVICE AGREEMENT (Spanish Translation in the back)

Patient: _____

Medical Record: _____

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

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

CONSENT TO RECEIVE SERVICES: I HEREBY AUTHORIZE THE AGENCY, TO RENDER APPROPRIATE SERVICES AS PRESCRIBED BY MY PHYSICIAN, OR BY ANY OTHER PHYSICIAN WHO MAY BE TREATING ME, INCLUDING ALL DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC TREATMENT THAT MAY BE CONSIDERED ADVISABLE OR NECESSARY IN THE JUDGMENT OF THE PHYSICIAN. **I HEREBY AUTHORIZE THE AGENCY,** OR YOUR AGENTS TO PERFORM ANY WORK IN TAKING BLOOD SAMPLES FROM ME OR ADMINISTERING INJECTIONS OR INTRAVENOUS THERAPY FOR NORMAL MEDICAL PRACTICE. I HEREBY AUTHORIZE THIS WORK UNDER PHYSICIAN'S ORDERS, WHILE A PATIENT WITH YOUR ORGANIZATION.

I AM ALSO AWARE THAT ONLY ONE HOME HEALTH AGENCY WILL BE PAID ONCE I AM ADMITTED TO THIS AGENCY.

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

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

SECTION ONE

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

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

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

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

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

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

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

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

WWW.DRSYSTEMS.COM
Last 2 pages only if your Agency is MC Provider
305.801.8594

CLIENT SERVICE AGREEMENT (Cont'd) (Spanish Translation in the back)

Patient: _____

Medical Record: _____

SECTION TWO

HOME HEALTH SERVICES TO BE FURNISHED, FREQUENCY AND CHARGES:

SKILLED NURSING _____ HOME HEALTH AIDE _____
PHYSICAL THERAPY _____ MEDICAL SOCIAL WORKER _____
SPEECH THERAPY _____ OCCUPATIONAL THERAPY _____
OTHER: _____

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

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

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

I HAVE AN ADVANCE DIRECTIVE: YES NO.

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

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

ADDRESS: _____ PHONE: _____

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

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

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

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

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

www.phnsystem.com
last 2 pages only if your Agency is MC Provider
SAMPLE 305.878.5940



SIGNATURE OF CLIENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE

DATE

RELATIONSHIP OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE

SIGNATURE OF AGENCY'S REPRESENTATIVE

DATE

CONTRATO DE SERVICIOS (Versión en Inglés al frente)

Paciente: _____

Medical Record: _____

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

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR SERVICIOS: YO AUTORIZO A ESTA AGENCIA, A QUE PROVEA LOS SERVICIOS APROPIADOS TAL COMO HAN SIDO PRESCRITOS POR MI MEDICO, O POR CUALQUIER OTRO MEDICO QUE PUEDA ESTAR TRATÁNDOME, INCLUYENDO TODOS LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS Y DIAGNÓSTICOS QUE PUEDAN SER CONSIDERADOS RECOMENDABLES O NECESARIOS A JUICIO DEL MEDICO. TAMBIÉN AUTORIZO A ESTA AGENCIA Y/O A SU PERSONAL A REALIZAR CUALQUIER TAREA REQUERIDA PARA MI TRATAMIENTO COMO: OBTENER MUESTRAS DE SANGRE, ADMINISTRACIÓN DE INYECCIONES O TERAPIA INTRAVENOSA PARA LA PRÁCTICA MEDICA. AUTORIZO ESTO BAJO LAS ORDENES DE UN MEDICO MIENTRAS SEA PACIENTE DE ESTA ORGANIZACIÓN. **TAMBIEN SE QUE SOLAMENTE UNA AGENCIA SERÁ PAGADA EN CUANTO SEA ADMITIDO(A) A ESTA AGENCIA.**

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

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

SECCIÓN I

BENEFICIOS DEL SEGURO Y PAGO: YO AUTORIZO A MI INTERMEDIARIO DE SEGURO PRIVADO A PAGAR BENEFICIOS DE ASEGURAMIENTO A ESTA AGENCIA, Y AUTORIZO A LIBERAR TODA MI INFORMACIÓN MEDICA A MI COMPAÑÍA DE SEGURO.
 HE SIDO ADMITIDO COMO PACIENTE DE **MEDICARE** Y NO SE ESPERAN CARGOS POR ESTE SERVICIO.

A través de la presente solicito y autorizo los pagos que sean hechos directamente a ESTA AGENCIA entiendo que para recibir servicios de cobertura medica a domicilio, yo debo cumplir con los criterios establecidos tal como se describe bajo la cobertura de medicare contenida en mi expediente de admisión. Si el servicio de cuidados a domicilio se rigen a esta reglamentación, sus servicios domiciliarios de Medicare serán cubiertos sin responsabilidad por pago de su parte. Si se determina que los servicios no son cubiertos por MEDICARE, entonces el paciente será notificado por escrito y los pagos serán a discreción de la agencia. Yo entiendo que soy financieramente responsable por cargos no pagados bajo cualquier asignación. Los cargos no excederán las tarifas regulares de MEDICARE (\$106.00 por visita). Certifico que la información dada durante la aplicación de pagos bajo el titulo XVIII y/o XIX del acta del seguro social es correcta. yo autorizo la liberación de todos los records requeridos para actuar bajo mi autorización. Solicito que los pagos de beneficios autorizados sean hechos en mi nombre, además declaro que no pertenezco a ninguna H.M.O. (Health Maintenance Organización), si se demuestra lo contrario yo seré responsable de los gastos incurridos.

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

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

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

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

Paciente: _____

Medical Record: _____

SECCIÓN II

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

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

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

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

TENGO DIRECTIVAS ANTICIPADAS: SI NO.
TENGO TESTAMENTO: SI NO. SI ES SI, LOCALIZACIÓN: _____
TENGO UN APODERADO SI NO: MI APODERADO ES: _____
DIRECCIÓN: _____ TELEFONO: _____
QUIERO USAR LA LEY DE **DNR (NO RESUSCITAR) ORDER** Y N (Si, complete la Forma Legal)

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

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

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

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

⇒ _____
FIRMA DEL CLIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

RELACION DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA AGENCIA

FECHA

PATIENT BILL OF RIGHTS

Patient name: _____

AS OUR CLIENT YOU HAVE THE RIGHT TO EXERCISE YOUR RIGHTS, AND/OR TO DESIGNATE A REPRESENTATIVE TO EXERCISE THEM FOR YOU: * Choose a health care provider. * Be informed of any financial benefits when referred to an organization. * Be informed of provider service/care limitations. * Be informed of anticipated outcomes of service/care and of any barriers in outcome achievement. * Considerate and respectful care. * To expect reasonable continuity of care. * To request from your Physician complete current information concerning your diagnosis, prognosis, and treatment in terms you can reasonably understand. * To expect that all communication and records pertaining to your care be treated as confidential. * To every consideration of your privacy concerning your own medical program, case discussions, consultations and treatments are confidential and should be conducted discretely. Those not directly involved in your care must have your permission to be present. * To know the name of the responsible person coordinating and supervising your Home Health Care and the manner in which that person may be contacted during regular working hours. * To know the name and professional relationship of those individuals involved in your care. * To refuse any segment of treatment to the extent permitted by the law without relinquishing other segments of the treatment plan. You have the right to be informed of the medical consequences of your action. * To the extent that is reasonably possible to be involved in the planning and implementation of the Home Health Plan of Care and its expected outcome. * To be informed of the policy and procedure for registering formal complaint about the services being provided. You have the right to be informed that the Home Health Services will not be disrupted as a result of filing a complaint. * To expect that within its capacity the agency must make a reasonable response to your request for services. * To receive and examine an explanation of your bill regardless of source of payment. * To know what agency rules and expectations apply to your conduct as a client. * To be informed of the Plan of Care * To have a copy of the Plan of Care if requested. * Be informed of the right to formulate an Advance Directive and/or Do Not Resuscitate (DNR) order. * To be informed, both orally and in writing, in advance of services/care being provided, of the charges, including payment for service/care expected from third parties and any charges for which you will be responsible. * To have the pain evaluated and its intensity controlled. * Be free of physical and mental abuse/neglect and/or exploitation. Be informed of the availability of the AHCA Home Health Hotline to make a complaint regarding any Home Health Agency or in the implementation of the Advanced Directives at 1-888-419-3456 from 8:00 am to 6:00 pm, and to report Abuse, Neglect or exploitation: 1-800-962-2873, 24 hours a day, 7 days a week. * To have your property treated with respect. * To voice grievance regarding treatment or care that is (or fails to be) furnished, or regarding lack of respect for property by anyone who is furnishing services on behalf of the Agency, and must not be subjected to discrimination or reprisal for doing so.

LOS DERECHOS DEL PACIENTE

COMO CLIENTE NUESTRO USTED TIENE EL DERECHO DE EJECUTAR SUS DERECHOS, Y/O DESIGNAR UN REPRESENTANTE QUE LOS EJECUTE POR USTED: * Escoger su proveedor de servicios. * Ser informado de sus beneficios financieros cuando lo refieran a una organización. * Ser informado de sus limitaciones de servicios/cuidados. * Ser informado de resultados anticipados de servicios/cuidados y de barreras en el resultado de su cuidado. * Ser cuidado y considerado. * Esperar un cuidado razonable continuo. * A la completa información de su médico en cuanto a diagnóstico pronóstico, tratamiento en términos que usted razonablemente entienda. * De esperar que toda comunicación y papeles pertinentes a su cuidado y tratamiento sean confidenciales. * A toda consideración de su privacidad concerniente a su propio programa médico y discusión de su caso. Consultas y tratamientos que sean confidenciales y deben ser conducidos discretamente. Aquellos que no estén envueltos en su cuidado deben de tener su permiso directamente para estar presente. * De saber el nombre de la persona responsable que coordina y supervisa los cuidados prestados en su casa y la manera en que esta persona pueda ser contactada en las horas de trabajo. * De saber el nombre y la relación profesional de las personas envueltas en su caso. * A rehusar cualquier segmento de tratamiento a la extensión permitida por la ley sin renunciar a otros segmentos del plan de tratamiento, ud. tiene el derecho de estar informado de las consecuencias médicas de su acción. * Mientras sea posible de estar involucrado en la planificación e implementación de un tratamiento indicado por el Plan de Cuidado en la Casa y estar informado de cual sera el resultado esperado de dicho plan * De estar informado sobre la póliza y proceso para presentar una reclamación sobre los servicios recibidos. Ud. tiene el derecho de estar informado que los servicios de Home Health no serán descontinuados como resultado de efectuar usted una demanda. * De suponer que dentro de su capacidad la agencia deberá responder razonablemente a su solicitud * A recibir y examinar una aclaración de su cuenta. * A saber cuales reglamentos y requisitos se aplican a Ud. como cliente. * A ser informado acerca de su plan de cuidado. * El derecho a obtener una copia de su plan de cuidado, si lo solicita. * De ser informado de que puede formular una orden sobre Directivas Avanzadas y/o Orden de No Resucitar. * A estar informado de sus, tanto verbalmente o por escrito, de los servicios que serán proveídos por la agencia, de los cargos, incluyendo pagos por servicios recibidos de otros proveedores involucrados, y cargos de los que usted puede ser responsable. * A que su dolor sea asesorado, evaluado y que su intensidad sea controlada. * Estar informado de la disponibilidad de una línea de queja estatal de cualquier Agencia o de la implementación de las Directivas Anticipadas al 1-888-419-3456, de 8:00 am a 6:00 pm, y para reportar ABUSOS, Negligencia o Explotación, al 1-800-962-2873, 24 horas al día, 7 días a la semana. * Tratar su propiedad con respeto. * Presentar una queja sobre su tratamiento o cuidado, o falta de respeto a su propiedad, y que no será sujeto a discriminación o represalias por esto.

Patient Signature/Firma: _____ Date: _____ MR #: _____

WWW.DHCYSYSTEM.COM
Last 2 pages only if your Agency is MC provider
SAMPLE 305.878.5940

HIPAA Privacy Rights

Your Rights As A Patient to Privacy Of Your Health Information * Right to Request Restrictions You have the right to request restrictions on our uses and disclosures of your health information, however we may refuse to accept the restriction. * Right to Request Confidential Communications You have the right to request that we communicate with you confidentially, for example to speak with you only in private; to send mail to an address you designate; or to telephone you at a number you designate. We will make every attempt to honor your request. * Right to Request Access to Your Health Information You have the right to request access to your health information in order to inspect or copy it. Your request must be in writing. We may deny your request and, if so, you may request a review of the denial. However, we will make every attempt to honor your request. * Right to Request an Amendment of Your Health Information You have the right to request an amendment to your health information. Your request must be in writing and must provide a reason for the amendment. We may deny your request and, if so, you may submit a statement of disagreement. However, we will make every attempt to honor your request. * Right to Request an Accounting of Disclosures of Your Health Information You have the right to request an accounting of our disclosures of your health information for purposes other than treatment, payment, and health care operations. We will make every attempt to honor your request. We are not required to provide an accounting for disclosures for more than 6 years prior to the date of your request. * Right to Obtain a Paper Copy of the Privacy Notice If you received the Privacy Notice electronically, you have the right receive a paper copy. To exercise any of these rights please write or telephone to our Agency.

Sus Derechos de Privacidad de Información de su Salud * **Derecho a solicitar Restricciones** Usted tiene el derecho de solicitar restricciones a usos y discusiones de la información de su salud, pero podemos rechazar a aceptar la restricción. * **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted confidencialmente, por ejemplo para hablarle en privado; para mandar correo a una dirección que designe; o para llamarlo a un teléfono que designe. Nosotros vamos a hacer un máximo esfuerzo por complacerlo. * **Derecho a Solicitar Acceso a su Información de salud** Usted tiene el derecho de solicitar acceso a la información de su salud para inspeccionarla o copiarla. Su solicitud tiene que ser por escrito. Podemos negar su solicitud, si lo hacemos, usted puede solicitar revisar la negación. Pero, nosotros vamos a hacer el esfuerzo de complacerlo. * **Derecho a Solicitar un Cambio a la Información de su Salud** Usted tiene el derecho de solicitar cambios en la información de su salud. Su solicitud tiene que ser por escrito y tener razones para el cambio. Podemos negar su solicitud y si lo hacemos, usted puede enviarnos una queja o reclamo. Pero, nosotros vamos a hacer el esfuerzo de complacerlo. * **Derecho a Solicitar una Cuenta de las Discusiones de la Información de su Salud** Usted tiene el derecho de solicitar una lista de nuestras discusiones de la información de su salud por causas que no sean tratamientos, pagos, u operaciones de cuidado de su salud. Vamos a hacer el esfuerzo de complacerlo, no estamos obligados a proveer una cuenta de discusiones por mas de 6 años antes a la fecha de su solicitud. * **Derecho a Obtener Una Copia de la Noticia sobre Privacidad** Si usted recibió ese documento electronicamente, tiene el derecho de hacer una copia. Para repasar cualquiera de estos derechos por favor escriba o llame a nuestras oficinas.

PATIENT RESPONSIBILITY

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

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

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

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

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

HOME HEALTH AIDE CARE PLAN

Patient Address: _____ Telephone No. _____

Directions to Home: _____

Care Manager: _____ Phone No. _____

PARAMETERS TO NOTIFY CARE MANAGER

Temp _____ BP _____

P _____ R _____

Urine _____

Other (pain) _____

DNR: Yes No

Frequency/Duration: _____

Supervisory visits: q 2 weeks q 30 q 60 Other _____

Patient problem: _____

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

<input type="checkbox"/> Lives alone <input type="checkbox"/> Lives with other <input type="checkbox"/> Alone during the day <input type="checkbox"/> Bed bound <input type="checkbox"/> Bed rest/BRPs <input type="checkbox"/> Up as tolerated <input type="checkbox"/> Amputee (specify): _____ <input type="checkbox"/> Partial weight bearing: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> Non weight bearing: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Fall precautions <input type="checkbox"/> Special equipment: _____ <input type="checkbox"/> Speech/Communication deficit <input type="checkbox"/> Vision deficit: <input type="checkbox"/> Glasses <input type="checkbox"/> Contacts <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Hearing deficit: <input type="checkbox"/> Hearing aid	<input type="checkbox"/> Dentures: <input type="checkbox"/> Upper <input type="checkbox"/> Lower <input type="checkbox"/> Partial <input type="checkbox"/> Oriented x 3 <input type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Forgetful/Confused <input type="checkbox"/> Urinary catheter <input type="checkbox"/> Prosthesis (specify): _____ <input type="checkbox"/> Allergies (specify): _____	<input type="checkbox"/> Diabetic <input type="checkbox"/> Do not cut nails <input type="checkbox"/> Wound <input type="checkbox"/> Seizure precaution <input type="checkbox"/> Watch for hypoglycemia <input type="checkbox"/> Bleeding precautions <input type="checkbox"/> Prone to fractures <input type="checkbox"/> Other (specify): _____
---	--	---	--

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

	ASSIGNMENT		Other - Comments/Instructions	ASSIGNMENT	ASSIGNMENT		Other - Comments/Instructions
	Every visit	PRN			Every visit	PRN	
VITALS	Temperature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Pulse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Respirations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Blood Pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Weight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
BATH	Pain Management	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Bath - Tub/Shower (F1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Bed Bath - Partial/Complete (F2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Assist Bath - Chair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Personal Care (F4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
HYGIENE/GROOMING	Assist with Dressing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Hair Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Shampoo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Skin Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Foot Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Check Pressure Areas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Nail Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
PROCEDURES	Oral Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Clean Dentures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Other (specify):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Assist with Elimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Catheter Care (F6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
ACTIVITY	Ostomy Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Record Intake/Output	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Inspect/Reinforce Dressing (see specifics in comment section)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Medication Reminder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Other (specify):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
NUTRITION	Assist with Ambulation (F8) / C / Walker / Crutch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Assist with mobility Chair / Bed / Dangle Dangle / Commode Shower / Tub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	ROM Active / Passive Arm R/L Leg R/L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Positioning - Encourage Assist q hrs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Exercise - Per PT / OT / SLP Care Plan (F10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
OTHER	Other (specify):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Meal Preparation (F11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Assist with Feeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Limit/Encourage Fluids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Grocery Shopping (F12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
OTHER	Other (specify):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Wash Clothes (F13)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Light Housekeeping (F14) Bedroom / Bathroom / Kitchen / Change Bed Linen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Equipment Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				Other (specify):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Signature/Title: _____ Date: _____ Review and/or revise at least every 60 days

SIGNATURE/TITLE	DATE	SIGNATURE/TITLE	DATE

PART 1 - Clinical Record

PART 2 - Patient

PATIENT NAME - Last, First, Middle Initial

ID#

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

Client Name: _____
Nombre del Paciente

M.R.#: _____

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

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

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

 Date
Fecha

WWW.PRSystem.com SAMPLE 305.818.5940
 pages only if your Agency is MC provider

EMERGENCY/DISASTER PLAN FOR HOME HEALTH CARE PATIENTS

(Keep this plan where it can be easily located)

PLAN DE EMERGENCIA/DESASTRE PARA PACIENTES EN SU CASA

(Mantenga este plan en un lugar accesible)

Date/Fecha: _____ **Client:** _____ **MR:** _____

Information obtained by: _____ **Client (Cliente)** _____ **Caregiver (Familiar Encargado)** _____

If caregiver, relationship to patient/Relación: _____

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

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

Name/Nombre: _____ **Phone:** _____

Address/Dirección: _____

CLIENT's EMERGENCY CLASSIFICATION (circle one): **D1** **D2** **D3** **D4** *(see back for instructions)*

CLASIFICACION DE EMERGENCIA DEL CLIENTE

Patient Classified D1-D2 is registered with County Evacuation Assistance Program (if needed)

Paciente Clasificado D1-D2 es registrado con el Programa de Asistencia para Evacuación del Condado.

Patient's Data/Datos del Paciente:

Allergies: _____ **Special needs:** _____

Alergias: _____ **Necesidades especiales:** _____

Medications _____

Medicinas _____

Supplies/DME: _____

Equipos médicos: _____

Pharmacy/Phone/Farmacia/teléfono: _____

Address: _____

Doctor: _____ **phone:** _____

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

IN CASE OF NURSING OR RELATED PROBLEM DIAL, (EN CASO DE PROBLEMA CON EL SERVICIO

O SI QUIERE COMUNICARSE): Call the Agency at phone in the cover of the Book/Llame a la Agencia o:

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

(Puede llamar a su enfermera/el)

Name/Nombre: _____

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

Name/Nombre: _____ **Phone:** _____

Address/Dirección: _____

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

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

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

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

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

_____ **Go to shelter** *(voy a Refugio)* _____

Shelter address/Dirección _____

_____ **Go to a hospital, if medically necessary** _____

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

Type of transportation/Tipo de transporte: _____

PLEASE CONTACT our Agency FOR ALTERNATE SERVICE OPTIONS IN CASE OF DISASTER.

POR FAVOR CONTACTAR a nuestra Agencia PARA OPCIONES EN SERVICIOS ALTERNOS O EN CASO DE DESASTRE.

Signature of Client/Firma del Paciente **Date/Fecha** **Signature of Nurse/Firma** **Date/Fecha**

GENERAL INSTRUCTIONS TO CLIENT ON USE OF THIS FORM:

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

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

CLASSIFICATION

(Please circle the correct classification for client)

D1- Category 1

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

D2-Category 2

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

D3-Category 3

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

D4-Category 4

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

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

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

CLASIFICACION

(favor de circular la clasificación del paciente)

D1 (category 1)

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

D2 (category 2)

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

D3 (categoria 3)

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

D4 (Categoria 4)

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

GRIEVANCE PROCEDURES

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

PROCEDIMIENTOS DE QUERELLAS O QUEJAS

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

Patient's Signature/Firma del Paciente

_____/_____/_____
Date

Employee's Signature/Firma del Empleado

MR #

www.pnsystem.com SAMPLE 305-870-5940 last 2 pages only if your Agency is MC Provider

MEDICARE SECONDARY PAYER QUESTIONNAIRE

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

1. Is the patient covered by Veterans Administration, Blank Lung, or Workers Compensation? *Paciente cubierto por la Administración de Veteranos* Yes No
 - A. Date of Workers Compensation Accident? _____
Fecha del accidente

2. Was illness due to an injury? Yes No *La enfermedad se debe a un golpe/accidente*
 - A. Date of Accident? ____ / ____ / ____ *Fecha del accidente*
 - B. What type of accident caused illness/injury? If fall, explain in detail. *Explique tipo de accidente, si fue una caída explique detalladamente.*

 - C. Is the patient filing or intending to file a liability suit? Yes No *Para el paciente una demanda? Escriba el nombre del abogado.*
If yes, give name, address and telephone number of attorney?
Name of the attorney: _____
Address: _____
Telephone No.: _____

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

Insurance Company: _____
Address: _____
Policy/Certification Number: _____
Group Name: _____
Group Number: _____

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

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

Patient's Signature: _____ Date: _____

Remarks: _____

www.phsystem.com SAMPLE 305-818-5940
last 2 pages only if your Agency is MC provider

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

Part I APPOINTMENT OF REPRESENTATIVE

I appoint this person, _____
(Name and Address)

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

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

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

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

(Name of Principal Representative)

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

Part II ACCEPTANCE OF APPOINTMENT

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

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

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

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

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

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

Part III (Optional) WAIVER OF FEE

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

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

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

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

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