

Haven Health North

CONFIRMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

He recibido la siguiente información y he tenido la oportunidad de formular preguntas.

INFORMACIÓN IMPORTANTE EXPLICADA AL PAIENTE/FAMILIA/PROVEEDOR DE ATENCIÓN:	
1. Libertad de elección del paciente al elegir la entidad de hospicio.	
2. Condición / plan de atención / metas del paciente y cómo se relacionan con su condición.	
3. Derecho del paciente a participar en el Plan de Atención / tratamiento y a ser informado sobre cambios.	
4. Se espera que el paciente / proveedor de atención aprenda y participe en la atención de acuerdo con sus capacidades.	
5. Proceso de la enfermedad, régimen de medicamentos y dieta.	
6. Aviso escrito de los derechos y responsabilidades del paciente, consentimiento, asignación de beneficios, Procedimiento de quejas del paciente, guías para cuidado del paciente, atención de emergencia y no discriminación político.	
7. Instrucciones anticipadas ¿Ha ejecutado el paciente alguna Instrucción Anticipada?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<ul style="list-style-type: none">• Ha otorgado materiales escritos acerca del derecho a aceptar o rechazar tratamiento médico.• Ha sido informado sobre derechos para formular instrucciones anticipadas• No se requiere que el paciente ejecute una instrucción anticipada para recibir tratamiento médico de su institución de atención en salud• Que los términos de cualquier instrucción anticipada formulada sean seguidos por la institución y por los proveedores de atención hasta donde la ley lo permita.	
8. Plan de visitas que incluya disciplinas y frecuencias	
9. Confidencialidad y divulgación de registros clínicos.	
10. Seguridad doméstica básica, control de infecciones, plan de desastres.	
11. Responsabilidad del paciente por el pago y el derecho a ser informado sobre cualquier cambio.	
12. Número y propósito de la Línea Caliente Gratuita Estatal de Salud Doméstica	
13. Cómo presentar una queja frente a la institución y su derecho a manifestar una queja sin temor a represalias.	
14. El paciente y la familia entienden que el equipo sera proveido por la agencia de hospicio. El paciente / la familia entiende y acepta devolver todo el equipo al final de los servicios de hospicio. Cualquier equipo no devuelto será facturado a la familia.	
15. Planificación del alta	

Firma del paciente / personal de atención: _____

Firma del personal / cargo: _____

Divulgación de información y consentimiento para tratamiento

Nombre del paciente: (Apellido, inicial del segundo nombre, nombre) _____ SSN: _____

1. LEY DE AUTODETERMINACIÓN DEL PACIENTE Y CARTA DE DERECHOS

He recibido un manifiesto por escrito sobre mis derechos como paciente de Haven Health Hospice. Entiendo mis derechos porque me han sido explicados y se han respondido mis preguntas. He recibido información escrita y verbal sobre instrucciones anticipadas, políticas de la compañía, leyes estatales aplicables, mis derechos bajo las leyes estatales, el número de la línea caliente del Estado y otra información necesaria para tomar decisiones sobre instrucciones anticipadas y sobre mi atención de acuerdo con la ley de Autodeterminación del Paciente de 1990.

2. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Otorgo mi consentimiento para que mi médico, los profesionales de atención en salud licenciados o la institución divulguen información, y permito la divulgación de los registros médicos que éstos tengan guardados en Haven Health Hospice. Otorgo consentimiento para la divulgación de información por parte de Haven Health Hospice o su representante a los representantes de otros proveedores de salud que me brinden atención, sean estos representantes federales, estatales y de la JCAHO. También autorizo la divulgación de información a terceras personas que estén pagando, a fin de asegurar la continuidad del tratamiento, la adecuada comunicación de la información a mi(s) médico(s) y como fuente de referencia, y el adecuado reembolso de los servicios.

3. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

De manera voluntaria doy consentimiento para recibir tratamiento del Haven Health Hospice, compatible con un plan de tratamiento médico autorizado por mi doctor. Entiendo que si estoy en una condición tal que necesite servicios no suministrados por Haven Health Hospice, mi representante legal, mi médico o yo debemos hacer los arreglos necesarios para suplir aquellos servicios. Haven Health Hospice deberá ayudar a ubicar dichos servicios, pero no será responsable, en ningún caso, por no poder suministrarlos y se le exonera de cualquiera y toda responsabilidad que surja del hecho de que yo no reciba dichos cuidados adicionales. En el evento que un trabajador de la salud sea expuesto a mi sangre o fluidos corporales, otorgo autorización para que se realicen análisis sanguíneos para detectar enfermedades infecciosas como VIH y Hepatitis. Entiendo que el funcionario expuesto será informado de los resultados de la prueba. Entiendo que no se me hará cobro alguno por exámenes de laboratorio en que se incurra si algún funcionario resulta expuesto a mi sangre.

4. PAGO AUTORIZADO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por el presente documento autorizo a mi compañía de seguros a realizar pagos directamente a Haven Health Hospice por cualquiera y todos los servicios suministrados que han sido autorizados. En virtud del acuerdo con Haven Health Hospice para proceder al cobro de mi cuenta por un período razonable de tiempo, por el presente documento concedo a Haven Health Hospice o a su representante legal todos mis derechos, incluyendo el derecho de uso de mi nombre en representación mía, bajo la póliza # (seguro #) _____, asegurada por (nombre del seguro) _____, para realizar los cobros por los servicios prestados por Haven Health Hospice. La presente designación no extingue o disminuye mi obligación de pagar la tarifa plena a Haven Health Hospice por los servicios prestados, pero deberé recibir crédito por todas las cantidades cobradas en cumplimiento de este acuerdo. En el evento de inscribirme en un plan de seguros diferente, es mi responsabilidad avisar a Haven Health Hospice, de otra forma seré responsable por el pago. Entiendo que mi seguro ha accedido a pagar _____% de los cobros permisibles y que mi seguro secundario (si es aplicable) será facturado con un _____%. Entiendo que soy responsable por el _____% de los cobros permisibles después que se haya alcanzado mi deducible

5. MEDICARE (PARTE A & B)

Por el presente documento certifico que la información que he proporcionado para solicitar el pago bajo el título XVIII (Medicare) de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o cualquier otra información sobre mí, para revelar a la Administración de Seguridad Social (Social Security Administration) o sus intermediarios o agentes, cualquier información necesaria para esta u otra reclamación relacionada con Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados sea hecho a Haven Health Hospice a nombre mío. Los servicios bajo Medicare Parte A y Medicaid Medical Assistance están cubiertos en un 100%, por lo tanto no se requiere de copago. Se me notificará sobre cualquier cambio en el monto de los cargos por elementos y servicios tan pronto como sea posible, pero no después de treinta (30) días después que Haven Health Hospice sea consciente de dicho cobro cambio.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL GUARDIÁN LEGAL: _____ FECHA: _____

TESTIGO: _____ FECHA: _____

Por favor explique si la firma no es la del paciente: _____

Medi-Cal Hospice Program Election NoticeEmail to: HospiceProviderHelp@dhcs.ca.gov

Questions, call: (800) 541-5555

Section 1				
Recipient Name:				
Email:		Phone Number:	Medi-Cal ID:	Date of Birth:
Address:		City:		State: Zip Code:
Section 2				
I and/or the Legal Representative/Agent of the Medi-Cal recipient identified above understand the following:				
I have a terminal illness with a life expectancy of six months or less if the illness were to run its normal course.				Initials:
Hospice care services alleviate pain and suffering and are intended to treat symptoms rather than to cure illness. Recipients younger than 21 years of age may concurrently receive both hospice care and curative treatments of the hospice-related diagnosis. The Medi-Cal Hospice Services and benefits have been explained to me and/or my legal representative. I understand that only recipients younger than 21 years of age may receive both hospice services and curative treatment concurrently.				Initials:
By choosing hospice, I waive my right to payment for all Medi-Cal services, except for: <ol style="list-style-type: none"> 1) services provided by my designated hospice, 2) services provided by another hospice through an arrangement made by my designated hospice, and 3) services provided by my attending physician if that physician is not employed by my designated hospice or receiving any compensation from the hospice for those services. 4) services that are unrelated to my terminal diagnosis. 				Initials:
I understand that for recipients ages 21 and over: <ol style="list-style-type: none"> 1) All my care will be provided by my elected hospice provider for my terminal diagnosis and related conditions. 2) I am not eligible to receive services for my terminal diagnosis and related conditions from providers other than a hospice provider or attending physician. 3) I am still eligible for services needed for conditions not related to my terminal diagnosis, and related conditions, such as provider examinations, drugs, or other medical care. 				Initials:
I and/or the Legal Representative/Agent of the Medi-Cal recipient identified above, understand that I may revoke the hospice benefit at any time by signing a statement to that effect, and that both I and/or the Legal Representative/Agent and the hospice provider must inform DHCS by submitting the hospice revocation form signed by me. I understand my rights to other Medi-Cal services will resume on that date, if I continue to be Medi-Cal eligible. (This revocation is not to be pre-dated or post-dated).				Initials:
I understand that if I reach a point of stability and can no longer be certified as terminally ill, I will return to the traditional Medi-Cal benefits as long as I am eligible for Medi-Cal.				Initials:

I understand that the Hospice provider is responsible for any Home Health, Private Duty Nursing, or Personal Care Services, if related to my terminal diagnosis, and related conditions. Medi-Cal benefits will cover care for treatments not related to the terminal diagnosis and related conditions.		Initials:
Section 3		
Admitting Terminal Diagnosis and related conditions ICD-10 Code(s):		
Recipient is currently being admitted from a medical facility or home.		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Facility:		NPI Number:
Recipient is transferring from another Hospice Agency.		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Agency:		NPI Number:
Recipient is transferring from Home Hospice.		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Address:		NPI Number:
Recipient and/or the Legal Representative/Agent choice of attending physician.		
Attending Physician:		NPI Number:
I and/or the Legal Representative/Agent of the recipient identified above, certify that the recipient DOES NOT have an attending physician separate from the hospice physician. Therefore, the hospice physician is my choice for attending physician.		Initials:
Section 4		
Services currently being provided to recipient by other Agencies:		
Home Health Services	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Name of Agency:
Private Duty Nursing Services	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Name of Agency:
Personal Care Services	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Name of Agency:
Elected Hospice Provider:	LM Haven Health North	NPI Number: 1265701163

Recipient and/or Legal Representative/Agent Statement

I, (Recipient's Name) _____, have read and understand the statements in this document.

Recipient Signature: _____ Date: _____

I, (Legal Representative/Agent Name) _____, as the Legal Representative/Agent for (Recipient's Name) _____, have read and understand the statements in this document.

Relationship to Recipient: _____

Legal Representative/Agent Signature: _____ Date: _____

Hospice Provider Statement

I, (Hospice Representative Name) _____, Hospice Representative for (Hospice Provider's Name) _____, understand that the Hospice provider is responsible for the coordination of services to ensure there is no duplication of services.

Hospice Representative Title: _____

Signature: _____ Date: _____

I elect to receive the "Patient Notification of Hospice Non-Covered Items, Services, and Drugs"

Initials _____ Date__

I decline to receive the "Patient Notification of Hospice Non-Covered Items, Services, and Drugs"

Initials _____ Date__

Derechos Y Responsabilidades Del Paciente

Como paciente de un Hospicio, usted tiene el derecho a:

- Ser informado de sus derechos y responsabilidades en su ingreso y en cualquier momento después de ser necesario
- Ser informado de esos derechos por escrito u oralmente en una modo que usted los entienda.
- Ejercer sus derechos como un paciente de un hospicio, por medio de usted o su representante legal.
- Expresar sus quejas sobre su tratamiento o atención médica que le sean(o no se la provean) suministrada y la falta de respeto a la propiedad por alguien que esté proveyendo esos servicios en representación del hospicio
- Protegido de cualquier discriminación o sufrir represalias por ejercer sus derechos.
- Que sus pertenencias y persona sean tratadas con Respeto y Dignidad.
- Que su relación con los miembros de nuestro equipo de trabajo esté basada en la honestidad y los principios éticos.
- Participar en todas las decisiones de la atención médica que tenga que ver con usted y se involucre en la elaboración del plan de tratamiento.
- Preparar la Directiva Avanzada de Atención Medica
- Elegir su médico de cabecera.
- Esperar que toda su información médica sea confidencial como la ley lo exige, y tener acceso a o que se divulgue su información médica conforme a las normas estatales y federales. Una copia de nuestra póliza sobre la divulgación de su historia clínica le estará disponible cuando la solicite.
- Recibir un tratamiento eficaz para el dolor y el control de síntomas relacionados a una enfermedad terminal.
- Ser informado de su condición médica y ser instruido sobre la misma.
- Recibir instrucción sobre los medicamentos, tratamientos, procedimientos, etc. y que sus preguntas sean respondidas.
- Negarse a consumir cualquier medicamento, a recibir un tratamiento, o procedimiento y tener conocimiento pleno de las consecuencias de usted negarse.
- Ser libre de maltratos, negligencia, abuso verbal, mental, sexual, físico e incluyendo lesiones de fuentes no conocidas y apropiación indebida de las pertenencias del paciente.
- Recibir información sobre los servicios que son cubiertos bajo los beneficios del hospicio.
- Recibir información sobre el ámbito de los servicios que el hospicio le proporcionará y de las limitaciones específicas.
- Ser informado si se le dará de alta del programa de hospicio dentro de un plazo de tiempo razonable y como parte del plan de atención médica
- Toda la información e instrucciones serán proporcionadas en un idioma o a través de un intérprete que usted entienda.

Los pacientes tienen la responsabilidad de:

- Permanecer bajo el cuidado de un médico, mientras sea paciente en nuestro programa de hospicio
- Dar la información más completa que sea posible de su atención médica, para ayudar en su tratamiento.
- Avisarnos de cualquier cambio de su enfermedad, dolor u otros síntomas, incluyendo los cambios de su Directiva Avanzada de Atención Medica.
- Proporcionar la información financiera y del seguro, cuando el hospicio la necesite para hacer sus cobros, así como, notificar cualquier cambio en su información financiera o seguro.
- Firmar o tener un representante legal que firme todos los formularios o autorizaciones necesitarías con fines médicos y de facturación.
- Permitirnos facturar y presentar las apelaciones con Medicare o cualquier seguro que usted esté utilizando para cubrir su ingreso en el programa de hospicio.
- Notificar a Bella Vida de cualquier cambio en sus medicamentos, tratamientos o procedimientos ordenados por su médico.
- Obtener los medicamentos, materiales y equipos ordenados por el médico del paciente sí; no pueden ser suministrados u obtenidos a través del programa.
- Participar lo más posible en la creación del Plan Médico.
- Hacer preguntas sobre cualquier y de todas sus inquietudes, medicamentos, tratamientos, y o procedimientos.
- Informar al programa de cualquier problema o descontento con la atención al paciente o con los empleados.
- Dejarnos saber cuando esté disponible para recibir visitas de nuestro equipo de atención médica.
- Por favor, llame si no estará disponible para recibir la visita programada.
- Tratarlos con el mismo respeto y dignidad que le tratemos.
- Aceptar las consecuencias de cualquier o / o todos los medicamentos, tratamientos, o procedimientos que rechace.
- Proporcionar a los empleados de Bella Vida un ambiente de trabajo seguro.
- Por último, por favor coopere con los cuidadores, empleados y médicos que están a su cuidado.

Sí, usted tiene cualquier inquietud sobre la calidad y seguridad de nuestros servicios, por favor contáctenos directamente al:

(949) 870-4899 pregunte por el Administrador

Sí, no está satisfecho con nuestra respuesta a sus inquietudes, usted tiene el derecho a comunicar sus quejas a las siguientes agencias reguladoras:

COMISIÓN CONJUNTA AL: (800) 994-6610

O

EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS DEL CONDADO DE LOS ANGELES AL (213) 351-1131

FIRMA:

FECHA:

**ESCRIBA SU
NOMBRE EN
LETRA DE
MOLDE:**



Contrato de alquiler de equipamiento médico duradero del Hospicio

Este Contrato de alquiler ("Contrato") se celebra y entra en vigor el día ___ de _____ **2026** entre Haven Health/Hospicio Bella Vida ("Hospicio") y _____ ("Paciente") o _____ ("Parte responsable").

1. Equipo proporcionado: el Hospicio se compromete a proporcionar todo el equipo médico duradero alquilado ("Equipo") al Paciente para su uso durante la atención en el Hospicio. Medicare reembolsará al Hospicio por el equipo. El Hospicio pagará las tarifas de alquiler a ASAP Pharmacy mientras el Paciente permanezca en el Hospicio.

2. Propiedad: el Equipo es y seguirá siendo propiedad de ASAP Pharmacy. Ni el Hospicio ni el Paciente tendrán derechos de propiedad sobre el Equipo.

3. Período de alquiler: el período de alquiler comenzará en la fecha en que el Equipo sea entregado al Paciente y continuará hasta que el Paciente sea dado de alta del Hospicio.

4. Devolución del equipo: al momento del alta del Hospicio, el Paciente y/o la Parte responsable se compromete a devolver el Equipo a ASAP Pharmacy en buenas condiciones de funcionamiento, salvo el desgaste normal, dentro de los 5 días posteriores al alta.

5. Facturación por equipo no devuelto: si no se devuelve el Equipo dentro del período especificado, se facturará al Paciente y/o a la Parte responsable el costo total de reemplazo del Equipo. La cantidad adeudada se determinará en función del valor de mercado actual del Equipo.

6. Mantenimiento y cuidado: el Paciente y/o la Parte responsable se compromete a cuidar razonablemente el Equipo y a utilizarlo únicamente para su propósito previsto. Cualquier daño que exceda el desgaste normal será responsabilidad del Paciente y/o la Parte responsable.

7. Responsabilidad: ni el Hospicio ni ASAP Pharmacy serán responsables de ninguna lesión o daño causados por el uso del Equipo. El Paciente y/o la Parte responsable asume todos los riesgos asociados con el uso del Equipo.

8. Ley aplicable: este Contrato se regirá e interpretará de acuerdo con las leyes del estado de California.

9. Acuerdo completo: este Contrato constituye el acuerdo completo entre las partes y reemplaza todos los acuerdos o entendimientos previos, ya sean escritos u orales, relacionados con el objeto del presente.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, las partes aquí firmantes han ejecutado este Contrato en la fecha y el año que se indican líneas arriba.

Nombre del Paciente/Parte responsable: _____

Firma del Paciente/Parte responsable: _____

Nombre del representante del Hospicio: _____

Firma del representante del Hospicio: _____

Haven Health North
2855 Temple Avenue, Suite H, Signal Hill, CA 90755

Level of Care Notification

Facility Name: _____

Attention: _____

Patient Name: _____

Please bill as of the following date(s):

Routine _____

Inpatient _____

Respite _____

Facility will bill hospice at the contracted rate.

** MediCal GIP is subject to TAR approval.*

Delivered by (hospice employee name): _____

Date delivered: _____

Please contact our office with any questions or concerns at (949) 870-4899

For Hospice Staff only: Please leave copy of this form with the SNF Business Office. Then scan and email form to Accounts Payable@havenhealth.org

Sección de la política: Prácticas administrativas para pacientes

Fecha de entrada en vigencia: 08/02/2024

Fecha de modificación: 08/02/2024

Asunto: Arreglos funerarios

Página 1 de 2

Política:

El centro de cuidados paliativos espera que se ofrezca asistencia a todos los pacientes y sus familias para identificar la funeraria que deseen contactar al momento del fallecimiento. Se llevará a cabo una evaluación de la última voluntad para determinar cualquier solicitud relacionada con el entierro, la cremación, la donación de cuerpo entero o el traslado fuera del estado o condado. Se facilitará información y las derivaciones correspondientes.

Todos los pacientes ingresados en un centro especializado de enfermería, por cualquier motivo, deben informar al centro de cuidados paliativos de su funeraria de elección, lo que se documentará en la sección de atributos del expediente clínico del paciente.

En el caso de que el paciente o la familia no deseen elegir una funeraria específica y notificar al centro de cuidados paliativos, el personal del centro informará a ambos del protocolo funerario de la agencia y lo documentará en la historia clínica del centro especializado de enfermería y del centro de cuidados paliativos.

1. Fallecimiento en el centro especializado de enfermería
 - a. En el caso de que un paciente del centro especializado de enfermería muera sin haber especificado una funeraria, se intentará contactar a la familia, al apoderado legal o a un pariente cercano durante hasta una hora después del fallecimiento. Esto se debe comunicar al personal del centro especializado de enfermería.
 - b. Si no se logra contactar a la familia, al apoderado legal o a un pariente cercano, el centro de cuidados paliativos se comunicará con la funeraria predeterminada del centro especializado de enfermería o con Optima Funeral Home al (213) 820-2798 para coordinar el traslado del fallecido.
 - c. Se intentará nuevamente contactar a la familia, un pariente cercano o al apoderado legal con el fin de informarles de la comunicación con Optima Funeral Home (213) 820-2798 para el servicio de traslado.
2. Sin parientes cercanos
3. En caso de que el paciente no cuente con parientes cercanos y no tenga o no pueda hacer arreglos funerarios por sí mismo por cualquier motivo, se utilizarán los protocolos establecidos en vigencia para comunicarnos con la morgue del condado.
 - i. Condado de Orange: el condado de Orange cuenta con funerarias rotativas que se encargan de responder a los fallecimientos en los centros especializados de enfermería cuando se utiliza la morgue del condado. El personal del centro de cuidados paliativos debe solicitar al centro especializado de enfermería el nombre de la funeraria al momento del fallecimiento.
 - ii. Condado de Los Ángeles: no hay funerarias rotativas en el condado de Los Ángeles. Los casos de fallecimiento sin parientes cercanos deben ir a la morgue.
 0. Si el paciente sin parientes cercanos vive en un centro especializado de enfermería, se debe programar la reunión del plan de cuidados al momento de ingreso del paciente en el centro especializado de enfermería o el centro de cuidados paliativos.

Sección de la política: Prácticas administrativas para pacientes

- a. El equipo del centro de cuidados paliativos analizará las instrucciones para el “momento de la muerte”, incluida la responsabilidad del centro especializado de enfermería de ponerse en contacto con la morgue en el momento correspondiente (según el protocolo de la morgue del condado de Los Ángeles). Se debe informar de este plan al director de enfermería del centro especializado de enfermería. Todo se debe documentar en las instrucciones para el “momento de la muerte” en la historia clínica del paciente (registro de llamadas/notas rápidas).
 - b. El equipo del centro de cuidados paliativos revisará la historia clínica del centro especializado de enfermería con el personal de este último para identificar cualquier pariente cercano que pueda figurar en la misma. Debe eliminarse la información incorrecta o desactualizada. El equipo del centro de cuidados paliativos hará un seguimiento semanal para confirmar la eliminación.
1. Si la muerte ocurre de lunes a viernes entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m., hora del Pacífico, se contactará al Administrador público del condado de Los Ángeles al (213) 974-0460.
 - a. El centro de cuidados paliativos enviará por fax un Informe inicial de traslado del fallecido completo al Administrador público del condado de Los Ángeles al (213) 633-1944, Unidad de ingresos.
 - b. El centro de cuidados paliativos realizará seguimiento cada 15 minutos después de enviar el fax del documento para obtener el “número EA” y continuará haciendo seguimiento cada 15 minutos hasta que se asigne dicho número.
 - c. Una vez que se asigne el número EA, el CENTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS debe ponerse en contacto con la morgue al (323) 409-7062, informar del fallecimiento, proporcionar el número EA y solicitar el traslado.
 - d. EL CENTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS DEBE LLAMAR A LA MORGUE DEL CONDADO DE LOS ÁNGELES.
 2. Si la muerte ocurre después de las 5:00 p. m., hora del Pacífico o fuera del horario de atención habitual (de lunes a viernes), o durante un día festivo oficial, el CENTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS debe contactar directamente a la morgue del condado de Los Ángeles al (323) 409-7062 para informar del fallecimiento y solicitar el traslado.

El formulario no corresponde.

Firma del paciente/cuidador: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TELESANIDAD

Al firmar el presente formulario, entiendo y acepto lo siguiente:

La **telesanidad/telemedicina** implica el uso de comunicaciones electrónicas para posibilitar que profesionales sanitarios en diferentes ubicaciones compartan información médica sobre pacientes individuales con el fin de mejorar la asistencia sanitaria. Los profesionales sanitarios pueden incluir médicos de atención primaria, especialistas y/o subespecialistas, enfermeras facultativas, enfermeras tituladas, auxiliares de consultorio y otros profesionales sanitarios que son parte de mi equipo de atención clínica. Aparte de mí y los miembros de mi equipo de atención clínica, mis familiares, cuidadores u otros representantes legales o tutores pueden ingresar y participar en el servicio de telesanidad/telemedicina, y acepto compartir mi información personal con dichos familiares, cuidadores, representantes legales o tutores. La información podrá usarse con fines de diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o educación.

La telesanidad/telemedicina requiere la transmisión, a través de Internet o un dispositivo de telecomunicación, de información médica, que puede incluir:

- Informes sobre evolución, evaluaciones u otros documentos relacionados con una intervención
- Datos biofisiológicos transmitidos electrónicamente
- Videos, imágenes, mensajes de texto, audio y cualquier formato digital de datos

Las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información sobre salud y atención también se aplican a la telesanidad/telemedicina. La información obtenida durante la telesanidad/telemedicina que me identifique no será entregada a nadie sin mi consentimiento, excepto para fines de tratamiento, educación, facturación y actividades relacionadas con la atención sanitaria. Al aceptar el uso de los servicios de telesanidad/telemedicina, autorizo a Haven Health a compartir mi información médica protegida con determinados terceros, como se describen de manera más exhaustiva en la Política de privacidad de Haven Health. Entiendo, acepto y autorizo expresamente a Haven Health a obtener, usar, almacenar y revelar a terceros necesarios, información sobre mí, incluida mi imagen, según sea necesario para proporcionar los servicios de telesanidad/telemedicina.

Al igual que con cualquier comunicación basada en Internet, entiendo que existe un riesgo de infracción de la seguridad. Los sistemas electrónicos usados incorporarán protocolos de seguridad para redes y software para proteger la confidencialidad de los datos de identificación e imagen de los pacientes e incluirán medidas para resguardar los datos y para garantizar su integridad contra daños intencionales o involuntarios.

Individuos que no forman parte de mi equipo de atención clínica ni son personal sanitario consultante pueden estar presentes y tener acceso a mi información para la sesión de telesanidad/telemedicina. Esto con el fin de que puedan operar o reparar el equipo de video o audio usado. Estas personas acatarán las políticas de privacidad y seguridad pertinentes.

Las sesiones de telesanidad/telemedicina no siempre podrán llevarse a cabo. Las interrupciones de la señal o problemas con la infraestructura de Internet pueden causar problemas de transmisión y recepción (p. ej., mala calidad de la imagen o el sonido, conexiones interrumpidas, interferencias en el audio) que impiden la interacción eficaz entre el(los) médico(s) consultante(s), los participantes, el paciente o el equipo de atención.

Por el presente, eximo y mantengo indemne a Haven Health y a todos los miembros de mi equipo de atención ante cualquier pérdida de datos o información debido a fallas técnicas asociadas con el servicio de telesanidad/telemedicina.

Entiendo y acepto que la información médica que proporcione durante el servicio de telesanidad/telemedicina puede ser la única fuente de información médica usada por los profesionales sanitarios durante el transcurso de mi evaluación y tratamiento en el momento de mi consulta a través de telesanidad/telemedicina, y que dichos profesionales pueden no tener acceso a mi historia clínica completa ni información que esté en manos de Haven Health.

Entiendo que se me dará información sobre análisis, tratamiento(s) y procedimiento(s), según corresponda, incluidos los beneficios, riesgos, posibles problemas o complicaciones, y opciones alternativas para mi atención médica en la consulta a través de telesanidad/telemedicina.

Tengo el derecho de denegar o retirar el consentimiento para el uso de los servicios de telesanidad/telemedicina en cualquier momento y volver a los servicios personales tradicionales. Entiendo que retirar mi consentimiento para la telesanidad/telemedicina, no afectará ningún servicio ni beneficio médico futuro al que tenga derecho.

Recibí respuestas satisfactorias a todas mis preguntas.

Por el presente, autorizo el uso de la telesanidad/telemedicina para la presentación de servicios de atención y acepto los términos y condiciones señalados anteriormente.

Al suscribir, certifico que soy el representante legal del participante o que soy el paciente y que tengo 18 años o más, o que de cualquier otro modo tengo autorización legal para dar mi consentimiento. Leí atentamente y entiendo las anteriores afirmaciones. Recibí respuestas a todas mis preguntas. Entiendo que este consentimiento informado formará parte de mi historia clínica.

Firma del paciente o representante legal del paciente

Fecha

Nombre en letra imprenta del paciente o representante legal del paciente

Relación con el paciente

DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE (si corresponde):

Certifico que domino el idioma de la persona que da el consentimiento. Certifico que interpreté el contenido de este formulario de forma exacta y exhaustiva, y que la persona que da el consentimiento indicó que entiende su contenido.

Firma del intérprete/Nombre en letra de imprenta

Fecha

Patient Name: _____

ACUERDO DE EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA FILMAR Y FOTOGRAFIR

Estado de California

Yo le doy autorización a LM Haven Health y cual quiera de sus socios comerciales para tomar fotografías mientras esté bajo del cuidado de Haven Health, Haven Home Health, Haven Palliative Care, Orange County Hospice, o cual quiera otra línea de servicio. Yo acepto que ellos puedan usar y permito otras personas a usar los negativos, copias, y versiones digitales de dicha imagen de tal manera que se consideren necesarios.

Las fotografías se utilizarán únicamente con fines médicos internos. No se compartirán en redes sociales, materiales de marketing ni en ningún otro medio externo. Todas las fotografías se almacenarán de forma segura en el historial médico electrónico del paciente.

Yo sostengo a Haven Health y a cual quiera de sus socios comerciales libres e inofensivos de cual quiera y toda responsabilidad de la fotografía y su subsecuente uso. Entiendo que la fotografía se lleva a cabo con mi consentimiento, y así que asumo toda responsabilidad de las fotografías, negativos, copias y versiones digitales de dicha imagen.

Por este medio libero a la compañía, y cualquier asociado, así como cualquier persona que a sido asignado, de cualquier y todos reclamaciones de daños por difamación, calumnia, invasión de privacidad y cualquier otro reclamos basados en el uso de el material descrito arriba.

Firma (liberador)

Fecha

Escribir nombre

Relación (si no es liberador)

Firma del personal de LM Haven Health

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Comfort Medications

You will be provided a combination of medications also known as your “Comfort Pack”. Comfort medications are intended to be “just in case” medications to have in your home for comfort and symptom management. You may use a combination of medications at the same time in order to provide relief. Your hospice nurse will review the medications with you, along with instructions on how and when to take medications. Please contact hospice if you should experience discomfort from these medications, so that we can help you manage your symptoms. *** If patient is confused or forgetful, must store out of reach.**

By signing, I acknowledge that I understand the teaching provided to me regarding use, safety, and storage.

Patient/caregiver: _____

SYMPTOMS	MEDICATIONS	HOW IT HELPS
PAIN OR TROUBLE BREATHING	Morphine concentrate (Roxanol) solution Use orally and under the tongue as needed per orders. Measure with oral syringe provided. Possible side effects: Lightheadedness, dizzy/drowsiness, constipation This medicine is a strong pain drug Misuse or abuse of Roxanol (morphine oral concentrate (20 mg/mL)) can lead to overdose and death	Trouble breathing: dilates blood vessels in the lungs, reduces respiratory rate within normal limits, and increase depth of breathing. Pain: liquid morphine is an immediate release form, the onset is rapid and allows for pain to be managed more quickly in a crisis **Doses can be repeated, as needed
TROUBLE BREATHING	DuoNeb (Ipratropium/Albuterol Sulfate) as needed for shortness of breath per order	Used to help relax the muscles around the airways in the lungs causing them to open up and facilitate breathing and breaks up mucus.
NAUSEA AND VOMITING	Prochlorperazine/promethazine rectal suppository Lay on side, unwrap and insert one suppository in rectum as needed per order	Used to treat severe nausea/vomiting in patients who may not be able to tolerate oral anti-emetics.
TROUBLE BREATHING OR INCREASED SECRETIONS	Hyoscyamine sublingual tablets Dissolve 1 tablet under the tongue as needed.	Used to reduce excess saliva production and may also help with the wet lung sounds or saliva build up at the back of the throat (gurgling).
FEVER	Acetaminophen rectal suppository Lay on side, unwrap and insert one suppository every 4 hrs as needed. Do not exceed 6doses/24hrs	Used to reduce elevated body temperatures of 100.4 and may alleviate mild to moderate pain. **Remain laying down and avoid having a bowel movement for an hour or longer so the medication can properly be absorbed.
ANXIETY AND SLEEP DISTURBANCE	Lorazepam sublingual tablets Place under tongue, chew or crush and mix with water Possible side effects: Drowsiness/dizziness	Used to help a patient relax during either emotional or physical anxiety. If a patient is experiencing restlessness, Lorazepam is also used to help alleviate sleep disturbances.
CONSTIPATION	Senna tab or Dulcolax suppository as needed for constipation	Stimulant laxative that is used to help a patient feeling the discomfort of constipation. **Remain laying down and avoid having a bowel movement for an hour or longer so the medication can properly be absorbed.

Medicamentos de Comodidad

Se le proporcionará una combinación de medicamentos también conocida como su "paquete de confort". Estos medicamentos están destinados a estar en su hogar para la comodidad y el manejo de los síntomas. Puede usar una combinación de medicamentos al mismo tiempo para dar alivio. La enfermera de hospice revisará los medicamentos con usted, junto con las instrucciones sobre cómo y cuándo tomar estos medicamentos. Comuníquese con el hospicio si experimenta alguna molestia con estos medicamentos para que podamos ayudarlo a controlar sus síntomas. ***Si el paciente presenta con confusión o es olvidadizo, debe guardar lejos de su alcance.**

Al firmar, reconozco que entiendo la enseñanza que se me ha proporcionado con respect al uso, la seguridad y el almacenamiento.

Paciente/cuidador: _____

SINTOMAS	MEDICACION	COMO AYUDA
DOLOR O DIFICULTAD PARA RESPIRAR	Morphine concentrate (Roxanol) solution Use por vía oral y debajo de la lengua si es necesario. Para medir, use jeringa oral suministrada. Posibles efectos secundarios: Aturdimiento, mareos / somnolencia, estreñimiento Este medicamento es un analgésico potente. El uso indebido o abuso de Roxanol (concentrado oral de morfina (20 mg / ml)) puede provocar una sobredosis y la muerte	Dificultad para respirar: Dilata las venulas sanguíneas en los pulmones, reduce la frecuencia respiratoria dentro de los límites normales y aumenta la profundidad de la respiración Pain: La morfina líquida es una forma de liberación inmediata, el inicio es rápido y permite que el dolor se maneje más rápidamente en una crisis ** Las dosis pueden repetirse según lo ordene el médico.
DIFICULTAD PARA RESPIRAR	DuoNeb (Ipratropium/Albuterol Sulfate) Si es necesario para la falta de aire	Se usa para ayudar a relajar los músculos alrededor de las vías respiratorias en los pulmones, hace que se abran y faciliten la respiración y rompan la mucosidad.
NÁUSEA Y VOMITO	Prochlorperazine/promethazine rectal suppository Acueste de lado, desenvuelva y inserte un supositorio en el recto según sea necesario	Se usa para tratar náuseas / vómitos graves en pacientes que no pueden tolerar las medicaciones orales.
DIFICULTAD PARA RESPIRAR O AUMENTO DE LAS SECRECIONES	Hyoscyamine sublingual tablets Disuelva 1 tableta debajo de la lengua según sea necesario.	Se utiliza para reducir la producción excesiva de saliva. También puede ayudar con los sonidos húmedos de los pulmones o la acumulación de saliva en la parte posterior de la garganta (gorgoteo).
FIEBRE	Acetaminophen rectal suppository Acueste de lado, desenvuelva y inserte un supositorio en el recto según sea necesario cada 4 horas. No exceda de 6 dosis/24 hrs	Se utiliza para reducir la temperatura corporal elevada de 100.4 y puede aliviar el dolor leve a moderado. ** Permanezca acostado y evitar usar el baño durante una hora o más para que el medicamento pueda ser absorbido adecuadamente.
ANSIEDAD Y INQUIETUD	Lorazepam sublingual tablets Poner debajo de la lengua, masticar o deshacer y mezclar con agua. Posibles efectos secundarios: mareos / somnolencia	Se utiliza para ayudar al paciente a relajarse durante la ansiedad emocional o física. Si un paciente experimenta inquietud, el lorazepam también se usa para ayudar a aliviar los trastornos del sueño.
ESTREÑIMIENTO	Senna tab or Dulcolax suppositorio según sea necesario para el estreñimiento	Estimulante laxante que se usa para ayudar al paciente a sentir la incomodidad del estreñimiento. ** Permanezca acostado y evitar usar el baño durante una hora o más para que el medicamento pueda ser absorbido adecuadamente.



Plan de Preparación para Emergencias	
Nombre del Paciente:	
Fecha de Nacimiento:	
Información de Contacto de Emergencia	
Contacto Principal:	
Relación:	
Número de Teléfono:	
Contacto Alternativo:	
Relación:	
Número de Teléfono:	
Plan para Emergencias Comunes	
Corte de Energía:	Prepare linternas y fuente de oxígeno de respaldo (si aplica) con anticipación. Notifique a la Agencia para recibir asistencia.
Terremoto:	Prepare con anticipación una Bolsa de Emergencia para Terremotos (suministro de medicamentos para 7 días, fuente de oxígeno de respaldo (si aplica), suministros, alimentos perecederos, linterna, copias de documentos médicos, y otros). Notifique a la Agencia e inicie el plan de evacuación si es necesario. Lleve lo esencial consigo si puede hacerlo de forma segura (medicamentos, teléfono, cargador, DNR, POLST, entre otros).
Incendio:	Llame al 911 y evacúe de inmediato si está en peligro inminente. Notifique a la Agencia e inicie el plan de evacuación si es necesario. Lleve lo esencial consigo si puede hacerlo de forma segura (medicamentos, teléfono, cargador, DNR, POLST, entre otros).
Clima Severo:	Monitoree las noticias, resguárdese en el lugar y notifique a la Agencia si es necesario iniciar el plan de evacuación de emergencia.
Otras Emergencias:	Notifique a la Agencia
Código de Prioridad (marque la casilla)	
<input type="checkbox"/>	Código de Prioridad 1: El sistema de apoyo es poco confiable o inconsistente y requiere intervenciones frecuentes de la agencia. Dependiente de oxígeno, ventilador u otro equipo vital. El paciente debe ser atendido dentro de 24 horas.
<input type="checkbox"/>	Código de Prioridad 2: El sistema de apoyo puede ser adecuado pero requiere intervenciones frecuentes de la agencia. El paciente debe ser atendido dentro de 48 horas.
<input type="checkbox"/>	Código de Prioridad 3: Buen sistema de apoyo con cuidadores y recursos eficientes. El paciente debe ser atendido dentro de 72 horas.
Plan de Evacuación de Emergencia	
Equipo/Suministros de Emergencia:	
Oxígeno en uso? (SÍ/NO):	
Orden de Oxígeno (si aplica)	
Transporte:	
Lugar de Evacuación:	
POLST y Directivas Avanzadas	
DNR-POLST vigente? (SÍ/NO):	
Directivas Avanzadas vigentes? (SÍ/NO)	
Ubicación del POLST/Directiva Avanzada:	
Responsabilidades del Cuidador	
Preparar Bolsa de Emergencia, Suministros y Equipos	
Saber cómo operar el equipo médico de emergencia, medicamentos y suministros	
Notificar a la Agencia sobre cualquier emergencia y asistencia necesaria con el plan de emergencia	
Responsabilidades de la Agencia	
Preparar y Revisar el Plan de Preparación para Emergencias	
Brindar educación sobre cuándo contactar a la Agencia y cómo iniciar el plan de emergencia	
Proveer apoyo cuando se inicia el plan de emergencia (evacuación, equipo, medicamentos, transporte, otros servicios)	