



415 South 1st Street  
Suite 300A  
Lufkin, TX 75901

Teléfono: (832) 539-1632  
Fax: (832) 539-1633

Horario de Oficina  
9:00 am - 4:00 pm Lunes - Viernes



## TABLA DE CONTENIDOS

Nuestra Philosophy Cuidada	3
Carta de Derechos del Paciente	7
Identificar y Denunciar Posibles Abusos, Abandono, Exploitation	8
Aviso de Prácticas de Privacidad de Premier Pediatrics Therapy	10
Prohibición de Solicitud	12
Evacuacion de Individual de Necesidades Especiales	13
Vivenda Sugerencias Para los Individuos Con Necesidades Especiales	14
Preparación Para Casos de Desastre Para los Individuos con Necesidades Especiales	15
Prevencion y Proteccion Contra Incendios	16
Preparación Para Casos de Desastre y Instrucciones	17
Tornados	18
Lista de Preparación Para Desastres Y Consejos Para Individuos Con Necesidades Especiales	19
Lista de Preparación	21
Prevencion Y Proteccion De Incendios	22
Plan de Escape del Hogar Contra Incendios	23
Pérdida de Luz, Relampago, & Tormentas de Nieve	24
Recursos de Preparación Para Emergencias	25
Preparación Para Casos de Emergencia	26
Plan de Emergencia	27
Admisión Contactos	28
Acuerdo de Servicio	30
Acuse de Recibo de Información	32
Autorización de Publicación de Registros Médicos para Transferencia de Servicios	33
Encuesta de Admisión	35

## NUESTRA FILOSOFÍA DE CUIDADOS

Premier Pediatric Therapy es una agencia de salud en el hogar con licencia del estado de Texas y dedicado a proporcionar servicio de terapia excepcional a la población pediátrica. Nuestro objetivo es incorporar una actitud comprensiva, objetivos familiares, recursos comunitarios, y utilizar las habilidades de nuestros bien entrenados terapeutas para lograr el máximo desarrollo funcional.

Llame a su terapeuta inmediatamente a Premier Pediatric Therapy al (832) 539-1632 si:

- Su hijo tiene algunos efectos secundarios inusuales de la terapia.
- Necesita mover su cita de terapia.
- Su doctor detiene o interrumpe los servicios de terapias
- Su hijo fue admitido al hospital.
- Algún cambio en la dirección o número telefónico.
- Algún cambio en su plan médico (aseguranza) o proveedor de Medicaid
- Cualquiera problema o desacuerdo con su terapeuta

### HOGAR Y COMUNIDAD SERVICIOS DE APOYO

#### Terapia Física

- Servicios de terapia física se realizan a través de los terapeutas contractual cumplir nuestros altos estándares de calidad y bajo la supervisión de la Agencia. Un terapeuta físico licenciado o un asistente certificado de terapia física bajo la supervisión de un fisioterapeuta proporcionara los servicios de terapia. Estos servicios son ofrecidos para la deambulacion, el uso de equipos y aparatos de prótesis y el aumento de la movilidad.

#### Terapia Ocupacional

- Un terapeuta ocupacional licenciado o un asistente certificado bajo la supervisión de un terapeuta ocupacional licenciado trabajan para mejorar la movilidad de las partes superiores del cuerpo, actividades usadas para vivir diario (ADL's) las cuales incluyen: habilidades para comer y pasar comida y manejo de equipo para alcanzar una función máxima independiente.

#### Terapia del Habla

- Los terapeutas de habla son licenciados por el estado y certificados nacionalmente. Los terapeutas del habla ofrecen mejorar la destrezas de comunicación y ayudar con los problemas de alimentación/pasar la comida.

#### Coordinación de seguro médico

- Su compañía de seguro médico ha sido contactada para organizar la cobertura de seguros para el tratamiento de su hijo. Premier Pediatric Therapy hace un esfuerzo por cooperar con los aseguradores, reclamaciones, proveemos la documentación de servicios y generalmente buscamos simplificar las responsabilidades financieras para las terapias de su hijo.

#### No Discriminación

- Conforme el Título VI de los Actos de Derechos Civiles de 1964, sección 504 del acto de rehabilitación de 1973, nuestra agencia no discrimina en la provisión de servicios o en el empleo por motivos de edad, raza, color, estado civil, creencias religiosas, género, estatus militar o veterano, nacionalidad, discapacidad física o mental o cualquier otra categoría protegida legalmente.

## Resolución de Quejas

- Preguntas o quejas contra la agencia pueden ser dirigidas a:
  - Taylor J Kovar, CEO, al (832) 539-1632 y/o
  - Departamento de Servicios de Envejecimiento y Discapacidad de Texas (Texas Department of Aging and Disability Services) (800) 458-9858 y/o
  - Departamento de Seguros Médicos (Texas Department of Insurance) al (800) 252-3439
- Los números anteriormente mencionados son contestados 24 horas al día, 7 días a la semana. Luego de horas laborales, puede dejar un mensaje al servicio de contestadoras (grabadoras) y un representante le devolverá la llamada el próximo día laborable.
- El administrador se pondrá en contacto con usted para discutir la naturaleza de sus preocupaciones y se hará todo lo posible para resolver el problema. Si el administrador no es capaz de resolver su problema, o si tiene un problema con respecto a la aplicación de los requisitos de la Directiva avanzada, también puede ponerse en contacto con el departamento de salud estatal por escrito a:
  - Departamento de Servicios de Envejecimiento y Discapacidad de Texas (Texas Department of Aging and Disability Services Home and Community Support Services) PO Box 149030 Austin, TX 78714 y/o
  - Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance) PO Box 149091 Austin, TX 78714-9091
- Reclamos a la agencia serán revisados dentro 3 días laborales y resueltos dentro 30 días de haber recibido la queja.

## Reportando Abuso/Negligencia/Explotación

- Premier Pediatric Therapy está obligado por ley a reportar cualquier sospecha de abuso, negligencia o explotación que el empleado/contratista reconozca. La política completa y detallada está disponible a petición.

## Examen de Drogas a Empleados

- Es la política de Premier Pediatric Therapy que si o cuando un empleado es sospechoso de uso de drogas o alcohol, el empleado será sometido a una prueba de drogas.

## Confidencialidad

- Premier Pediatric Therapy está comprometido a mantener la confidencialidad de la información que obtenemos de usted o de su hijo en el curso que se le provee servicios de terapia. Nosotros compartiremos información con otros proveedores de terapias o servicios médicos según sea necesario y con las entidades quienes pagan por el cuidado. Cualquier otra información requerida no será compartida hasta obtener su firma. La política completa y detallada está disponible según petición.

## QUE ESPERAR

### Horario

- El terapeuta establecerá un horario con usted para que usted sepa cuándo esperarlo. Ambos, usted y el terapeuta, están obligados a cumplir con ese horario. Si se presenta alguna problema, usted deberá informar al terapeuta una hora antes del tratamiento y cambiar o cancelar la visita. Usted deberá recibir la misma consideración de su terapeuta.

### Programas de Ejercicios en el Hogar

- Su terapeuta le enseñará cómo continuar con el tratamiento los días en que el terapeuta no esté allí. Es muy importante que usted sea diligente al proveer ese tratamiento. Es como aprender a tocar piano, necesita practicar diariamente para mejorar sus habilidades.

### Responsabilidades del terapeuta

- El terapeuta está para proveer terapias intensas por un tiempo limitado a su hijo. La terapia no debe ser interrumpida por otros niños. El terapeuta debe ser provisto con un área agradable y limpia en la cual pueda trabajar con su hijo.

#### Facturación Precisa

- Premier Pediatric Therapy está comprometido a tener facturaciones precisas. Se le pedirá que firme la hoja de asistencia del terapeuta, la cual certifica cuando el terapeuta proveyó el servicio. La falsificación de esta información puede resultar en la pérdida de los servicios de terapia de su hijo.

#### Múltiples Proveedores

- Usted tiene el derecho de recibir diferentes servicios de diferentes proveedores. Por ejemplo, usted puede recibir terapia física con Premier Pediatric Therapy mientras recibe terapia de habla con otra agencia o proveedor. Sin embargo, puede que no reciba los mismos servicios de terapia de diferentes proveedores a la vez. Su hijo si puede recibir terapia privada y terapia basada en la escuela a la misma vez.

#### Comunicación con Premier Pediatric Therapy

- Es necesario que usted tenga acceso a un teléfono en todo momento y que Premier Pediatric Therapy tenga su número telefónico actual y correcto para poder coordinar los servicios de terapia de su hijo, obtener información para actualizar las autorizaciones y para casos de emergencia.

#### Supervisión de Servicios

- La terapia será supervisada de varias maneras. Usted es nuestros ojos y oídos en el hogar nosotros le solicitaremos periódicamente su información para evaluar el cuidado provisto. Los asistentes de terapia son supervisados con regularidad por un terapeuta licenciado. Ocasionalmente otro terapeuta podrá proveer tratamiento en conjunto con su terapeuta licenciado de ser necesario.
- Además, las notas diarias del terapeuta y notas de progreso mensuales, evaluaciones y recomendaciones son monitoreados por el personal de supervisión en la oficina y revisado por el médico de su hijo.

#### PLAN DE DESASTRES

En el caso de un desastre como un huracán, inundación, tormenta de hielo, explosiones o acciones hostiles, donde los servicios de terapias sean interrumpidos debido a las rutas de transporte interrumpidas o fallas eléctricas, es política de PREMIER PEDIATRIC THERAPY suspender servicios hasta que puedan ser continuados de forma segura. Esto se hará en forma individual según los terapeutas contacten a cada cliente y el terapeuta sea capaz de continuar el servicio.

Si hay una advertencia sobre un desastre inminente, la agencia o un representante de la agencia intentará ponerse en contacto con cada familia para preguntar sobre sus planes para evacuar o no. En el proceso de admisión, información general se da a cada familia con respecto a su seguridad. También se recolecta información de la familia sobre los planes que cada familia pueda tener en caso de un desastre, incluyendo números telefónicos que la agencia pueda necesitar para la familia.

Es recomendado que contacte el 211 si tiene algún familiar con necesidades especiales y haga arreglos para evacuar de ser necesario. Esto debe ser programado antes del desastre.

**Premier Pediatric Therapy NO se hará responsable de transportar o evacuar pacientes.**

DECLARACIÓN ANTICIPADA DE TRATAMIENTO: Declaración a los Médicos, Familiares o Sustitutos

Premier Pediatric Therapy ofrecerá a sus pacientes por encima de los 18 años de edad una explicación de los derechos del paciente bajo las leyes estatales y federales a tomar decisiones para aceptar o rechazar la atención médica. Cuando esas instrucciones cumplen con las leyes estatales, la agencia seguirá los deseos sobre los tratamientos médicos. Si estas instrucciones están en conflicto con las normas de la agencia o el código de ética o conciencia del médico, un paciente puede ser transferido a otro proveedor de atención de la salud para que cumplan con sus deseos personales.

Una declaración anticipada es un documento legal importante diseñado para ayudarle a comunicar sus deseos sobre el tratamiento médico, o el de su hijo, en algún momento en el futuro, cuando usted es incapaz de hacer conocer sus deseos debido a una enfermedad o lesión. Estos deseos son usualmente basados en sus valores personales. En particular, es posible que usted desee considerar que cargas o dificultades de tratamiento usted estará dispuesto a aceptar para una cantidad determinada de beneficios que se obtiene si usted o su hijo está gravemente enfermo.

Se le anima a discutir sus valores y deseos con su familia al igual que con su médico. Su médico, otro proveedor de cuidado de salud o institución médica pueden proveer a usted con varios recursos para ayudarle a completar su declaración anticipada.

La ley de Texas también provee otros dos tipos de declaración que pueden ser importantes durante una enfermedad grave. Estos son el Poder médico por medio de un abogado (Poder de Abogado Médico) y la orden de no resucitación (Orden Fuera-Del-Hospital-No-Resucite).

El Poder de Abogado Médico permite que usted designe a alguien a tomar cualquier decisión de cuidado médico por usted si usted no es capaz de hacerlo. Su médico certifica esto en un escrito.

Orden Fuera-Del-Hospital-No-Resucite es un documento especial para pacientes que reciben servicios de cuidado en el hogar que informa al personal de emergencias, hospitales y otros cuidadores que usted se rehúsa a ciertos tratamientos identificados en el documento. Esto usualmente está firmado por su médico al igual que por usted y un testigo.

Si usted ha firmado alguno de estos documentos, usted debe:

1. Identificar y especificar el cuidado y tratamiento al cual se rehúsa.
2. Provea una copia a su médico, hospital al que asiste usualmente, proveedor de salud en el hogar y a la familia.
3. Revise los documentos periódicamente para estar seguro de que las declaraciones reflejan sus deseos.

Premier Pediatric Therapy tiene documentos disponibles para cada una de estas declaraciones para que las revise. Usted quizás desee discutir estos con su médico, familia, abogado y otros tutores. Puede que desee completar una declaración anticipada relacionada con la donación de órganos y tejidos.

Si usted quisiera cualquiera de estos documentos necesarios para completar estos procedimientos, estos están disponibles en Premier Pediatric Therapy o en su médico.

**Premier Pediatric Therapy no participa en los cuidados para finalizar vidas.**

# DECLARACIÓN DE DERECHOS DE PACIENTES

## LOS CLIENTES Y SUS PADRES O TUTORES LEGALES TIENEN EL DERECHO DE:

1. Ser informados de los cuidados proporcionados con anticipación, plan de cuidado, los resultados esperados, barreras para tratamiento y cualquier cambio en los cuidados.
2. A participar en la planificación de cuidado o tratamiento y en la planificación de cambios en el cuidado o tratamiento.
3. Ser avisado o consultado con anticipación de cambios en el plan de cuidado.
4. Rehusarse a los cuidados y servicios.
5. Ser informado antes de que el cuidado inicie hasta el punto en el cual el pago del cliente sea esperado, tercer pago y cualquier otra fuente de fundación conocida por la agencia.
6. Tener asistencia en la comprensión y ejercer sus derechos.
7. Ejercer sus derechos como cliente de Premier Pediatric Therapy.
8. Que su persona y propiedad sea tratada con consideración, respeto y completo reconocimiento de su individualidad y necesidades personales.
9. Mantener confidencialidad de su tratamiento personal y médico de no es autorizado por usted.
10. Expresar quejas sobre el tratamiento o cuidado que es o deja de ser provisto debido a la falta de respeto a la propiedad por cualquier persona proveyendo servicios en nombre de la agencia sin ningún miedo de discriminación o represalia de hacerlo.
11. Tener sus derechos como menor (menor de 18 años) ejercidos por la persona nombrada legalmente para actuar en su nombre como padre o tutor.
12. Que cualquier representante legal puede ejercer sus derechos.
13. Notificar a Texas Department of Aging and Disability Services de quejas no resueltas escribiendo a: DADS Consumer Rights and Services Division, P.O. Box 149030, Austin, TX 78714-9030 o llame gratuitamente al 1-800-458-9858; y / o Texas Department of Insurance, P.O. Box 149091 Austin, TX 78714-9091 o llame gratuitamente al 1-800-252-3439.

## RESPONSABILIDADES DE PREMIER PEDIATRIC THERAPY

1. Proveer un servicio cortés e inmediato.
2. Informar al los padres o tutores del cliente de cambios en los planes de cuidado e incluirlos en la toma de decisiones en cuanto a cambios.
3. Educar a los tutores en el uso de equipo o materiales y monitorear el uso del equipo.
4. Proveer acceso 24 horas a un terapeuta o enfermera registrada.
5. Mantener cualquier equipo provisto por PPT y reparar o reemplazar de ser necesario.
6. Proporcionar un programa continuo de aseguramiento y un programa de mejoras
7. Proveer servicios consistentes con los estándares establecidos en los derechos del cliente y todas las regulaciones estatales y federales que rigen la disposición de la salud en el hogar.
8. Reportar sospecha de abuso, negligencia, o explotación a las autoridades correspondientes de acuerdo con las leyes y regulaciones del estado.
9. Entregar plan, meta dirigidas, edad específica y cuidado apropiado para el cuidado de todos los clientes.
10. Proveer facturación precisa por los servicios prestados.

## RESPONSABILIDADES Y CONDUCTA DEL CLIENTE Y SUS PADRES O TUTORES

1. Proveer la más precisa y completa información de la condición de su hijo, hospitalizaciones, medicamentos, alergias, tratamientos, otros servicios que el/ella reciba y cualquier otra información de salud o desarrollo pertinente.
2. Ayudar en el desarrollo y mantener un ambiente seguro para su hijo y terapeuta.
3. Participar en el desarrollo e implementación del plan de cuidado de su hijo.
4. Continuar el plan de ejercicios en casa de su hijo.
5. Notificar al terapeuta y/o la agencia al menos una hora antes de la visita programada, si usted no estará disponible en alguna de las visitas programadas.
6. Comunicar cualquier preocupación o problema al personal de supervisión de la agencia.
7. Solicitar más información sobre cualquier cosa relacionada con la terapia de su hijo que no entienda.
8. Notificar a la agencia inmediatamente sobre cualquier cambio en su seguro médico programa Medicaid.
9. Firme las notas diarias del terapeuta, certificando el tiempo que el terapeuta proveyó servicios. La falsificación de esta información puede causar que su hijo pierda los servicios de terapias y/o el Medicaid.
10. Tratar al personal de la agencia con respeto y dignidad.



## IDENTIFICANDO Y REPORTANDO POSIBLE ABUSO/NEGLIGENCIA/EXPLOTACIÓN

PROCEDIMIENTO: Si es determinado que hay una posibilidad de abuso, negligencia o explotación, el administrador inmediatamente notificará:

1. The Texas Department of Family and Protective Services (TDFPS) at 1-800-252-5400 (línea de abuso 24-horas), (# de identificación de llamada será asignado al caso)
2. The Texas Department of Aging and Disability Services at 1-800-458-9858 (Daremos a DADS el # de identificación de llamada del TDFPS).
3. El médico del cliente.
4. El administrador enviará un reporte escrito de la investigación del ANE a la oficina estatal de DADS, no más tarde del décimo día de haberse reportado los actos a DADS y el departamento de la familia.

### INDICADORES (SEÑALES Y SÍNTOMAS) DE ABUSO, NEGLIGENCIA O EXPLOTACIÓN

1. LESIONES
  - a. Moretones y/o ronchas
  - b. Moretones Bilaterales: encima y en ambos hombros, ambos lados del rostro o en la parte interior de los muslos.
  - c. Moretones en diferentes áreas superficiales: moretones reportados por haberse golpeado con la cama, mientras que también tiene moretones en la cabeza, interior de los muslos o en los glúteos.
  - d. Moretones en diferentes estados de sanación: moretones recientes y casi desvanecidos presentes.
  - e. Varios moretones o moretones formando patrones o grupos: moretones encima de el antebrazo o ambos brazos hasta los codos.
  - f. Moretones con formas y tamaño de un objeto familiar: marca de las manos o los dedos, cables eléctricos y hebilla de cinturón.
  - g. Los moretones aparecen con regularidad: después del estrés en la familia, visitas de trabajadores o en los fines de semanas.
2. QUEMADURAS
  - a. Quemaduras escaladas: piel con ampollas por agua caliente, las quemaduras no concuerdan con la explicación.
  - b. Pequeñas quemaduras con la forma de cigarrillos o cigarros, especialmente en las plantas de los pies, palma de las manos y glúteos.
  - c. Quemaduras con forma y tamaño de objetos familiares: plancha, quemador eléctrico o tenazas.
3. RASPADURAS
  - a. Marcas de sogas u otras restricciones especialmente en los brazos, piernas y torso.
  - b. Cortaduras, laceraciones, puntadas o heridas.
  - c. Torceduras, dislocaciones, fracturas o huesos rotos.
4. LESIONES INTERNAS
  - a. Dolor inexplicable
  - b. Dificultad con la función normal de los órganos.
  - c. Sangrados por los orificios del cuerpo
5. ABUSO SEXUAL
  - a. Dolor o picor en los genitales
  - b. Irritación vaginal o anal
  - c. Sangrado o moretones en las áreas genitales.
  - d. Ropa interior rota, manchada o ensangrentada.

## 6. CONDICIÓN DE LA VÍCTIMA

- a. Evidencia de poco higiene: cabello enredado o con piojos, ropa sucia, mal olor en la orina, piel o uñas sucias.
- b. Vestimenta inapropiada para el clima.
- c. Úlceras por decúbito: úlceras por presión, erupciones en la piel relacionadas a la cama sin cambios, ropa de cama empapada de orina.
- d. Condiciones médicas o mentales sin tratar: infección, vendas sucias, fracturas no atendidas.
- e. Mala administración de medicamentos: sobre medicación o medicamentos no administrados.
- f. Falta de espejuelos, audífonos, silla de ruedas o aparatos de ortodoncia
- g. Deshidratación indicada por: por baja o ningún ingesta de líquidos, baja producción de orina, piel seca y frágil, boca seca, estreñimiento, falta de energía y confusión.
- h. Mala nutrición por: falta de alimentación, apatía, confusión o edema.

## 7. CONDICIONES DE VIDA

- a. Ningún baño o escusado
- b. Alzar comida inadecuadamente
- c. Comida inadecuada
- d. Agua desagradable, no disponible
- e. Calentar inadecuadamente o calentador peligroso
- f. Ventilación o aire inadecuado
- g. Electricidad o luz inadecuada
- h. Infestamiento de animales o insectos: ratas, pulgas
- i. Espacio limitado: paciente durmiendo en el sofá, en la cocina, o sala
- j. Estructura de casa inestable
- k. Peligro de incendio: cables defectuosos o espacio desordenado que inhibe el paciente de salir de casa con facilidad.
- l. Saneamiento inadecuado o limpieza deficiente
- m. Estructuras con Barreras

## AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD DE PREMIER PEDIATRIC THERAPY

(Refiérase a este documento como “El proveedor/The Provider”)

Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada, divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información.

- A. Propósito de tratamiento: Podemos usar o divulgar su información de salud para propósitos de tratamiento. Mientras usted es un paciente en nuestra organización, puede resultar necesario compartir su información de salud con médicos, enfermeras, técnicos de laboratorio y radiología, y otras personas involucradas en su cuidado. También podemos compartir su información médica con otras organizaciones de salud que pueden participar en su cuidado y tratamiento, como un hospital donde pueda ser transferido.
- B. Propósito de pagos: Su información de salud puede ser usada o divulgada sin su consentimiento para fines de pago. Puede ser necesario que divulguemos su información de salud para poder facturar y cobrarle a usted, a su compañía de seguros u otra persona responsable por el pago por el tratamiento y los servicios prestados.
- C. Operaciones de Cuidado de Salud: Su información médica puede ser usada para operaciones de la organización que sean necesarias para asegurar que ofrecemos la mejor calidad de cuidado. Por ejemplo, su información médica puede ser utilizada con fines de mejora de rendimiento.
- D. Cumplimiento de la ley: Su información de salud puede ser revelada a las autoridades pertinentes. Sin su permiso, para apoyar las auditorías e inspecciones del gobierno, para facilitar que los investigadores apliquen la ley y para cumplir con los informes del gobierno por mandato.
- E. Salud pública: Según los requisitos de ley, podemos divulgar su información médica a las autoridades de salud pública para propósitos relacionados con: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidad, abuso infantil o negligencia; denunciar violencia doméstica; informar a la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug administrator) (FDA) problemas con productos y reacciones a medicamentos, y notificación de enfermedades o exposición a la infección
- F. Información de tratamiento: Su información puede ser utilizada para enviarle la información sobre el tratamiento y manejo de su condición médica que le pueda resultar de interés. También podemos enviarle la información que describe otros servicios relacionados con la salud que creemos puedan interesarle.
- G. Obligaciones: Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud y ofrecerle este aviso de prácticas de privacidad. También estamos obligados a cumplir con las políticas y prácticas de privacidad que se describen en este aviso.

### OTROS USOS PARA LA INFORMACIÓN DE SALUD

- En cualquier otra situación no cubierta por este aviso, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar información sobre usted. Si decide autorizar la divulgación de información sobre usted, usted puede revocar esa autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito.

## DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene ciertos derechos bajo los estándares federales de privacidad. Los cuales incluyen:

- El derecho de solicitar restricciones en el uso y divulgación de su información de salud.
- El derecho a recibir comunicación confidencial sobre su condición médica y del tratamiento.
- El derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida
- El derecho a recibir una explicación de cómo y a quién su información protegida se ha revelado.
- El derecho de enmendar o presentar correcciones a su información protegida.
- El derecho a recibir una copia impresa de este aviso.

## DERECHO DE REVISAR LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Según permitido por ley, nos reservamos el derecho de enmendar o modificar nuestras políticas de privacidad y prácticas. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por cambios en las leyes federales y estatales. Cualquiera que sea la razón de estas revisiones, nosotros le proporcionaremos un aviso revisado por correo. Las políticas y prácticas revisadas serán aplicadas a toda la información de salud protegida que mantenemos.

## LAS SOLICITUDES PARA INSPECCIONAR LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Según lo permitido por la reglamentación federal, se requiere que las solicitudes para inspeccionar o copiar información de salud protegida se presenten por escrito. Usted puede obtener un formulario para solicitar el acceso a sus registros contactando al Administrador que es el Oficial de Cumplimiento de HIPAA de la Agencia.

## PROHIBICIÓN DE SOLICITUD

### POLITICA

La agencia cumplirá con el capítulo 102 código de Ocupaciones que prohíbe a la agencia, sus empleados y contratistas solicitar patrocinio de los pacientes.

### PROPOSITO

Para garantizar el cumplimiento de las leyes federales y estatales, las regulaciones y el código ocupaciones capítulo 102 - Solicitud de Pacientes.

### PROCEDIMIENTOS

- (a) Una persona comete un delito si la persona con conocimiento previo, se ofrece a pagar o se compromete a aceptar, directa o indirectamente, abierta o encubiertamente una remuneración en efectivo o de cualquier tipo o de obtener o solicitar el patrocinio de un paciente a favor de una persona licenciada, certificada o registrada por una agencia estatal de salud reglamentario.
- (b) Salvo lo dispuesto en el inciso (c), una ofensa bajo esta sección es un delito de menor clase
- (c) Una ofensa bajo esta sección es un delito grave de tercer grado si se muestra en el juicio por el delito de esa persona:
  - i. Ha sido previamente condenado por un delito en virtud de esta sección  
O
  - ii. Fue contratado por el gobierno federal, estatal o local en el momento del delito.

## INFORMACION DE TRANSPORTACION PARA LA EVACUACIÓN DE INDIVIDUOS CON NECESIDADES ESPECIALES

### NOTA

- Cada esfuerzo debe ser hecho por un individuo con necesidades especiales o un familiar para identificar la transportación apropiada en un evento de evacuación.
- De necesitar transportación especial, como una ambulancia, por favor haga arreglos con la compañía de la ambulancia con anticipación.
- La transportación pública debe ser accedido por estos individuos con necesidades especiales que sean básicamente ambulatorios.
- Evacue temprano, antes de la evacuación general, si es posible.
- Cuando uno o más familiares/amigos están evacuando juntos en diferentes vehículos , manténganse en los mismos carriles EN TODO MOMENTO. Use celulares o walkie-talkies para mantenerse en comunicación entre vehículos.
- Escuche anuncio de servicios públicos.

## SUGERENCIAS DE REFUGIO PARA INDIVIDUOS CON NECESIDADES ESPECIALES

Salga de la zona antes de la evacuación oficial llamado obligatorio o voluntario es altamente recomendado para los individuos con necesidades especiales o médicamente frágiles.

### PUNTOS A TENER EN CUENTA

1. Hable con su agencia de cuidado de salud para ver si ellos pueden proveer alguna asistencia en la identificación de posibles refugios.
2. Quédese con su familia o amigos en las refugios / área de alojamiento, si es posible.
3. Arreglos previos para hoteles o instalaciones médicas son fuertemente sugeridas.
4. Confiar en la Cruz Roja Americana (ARC) / refugios del Salvation Army no son recomendables al menos que usted pueda cuidar de sí mismo. La mayoría de los refugios en general no son hechos en las instalaciones que están equipadas o cómodas para individuos con necesidades especiales.
5. Escuche anuncios de refugios para individuos con necesidades especiales que estén disponible.
6. Traiga sus artículos de la lista de suministro para desastres con usted. Asegúrese de tener los suministros médicamente relacionados y medicamentos.
7. Si recibe diálisis, conozca las ubicaciones de más de un centro de diálisis u otros lugares donde equipo de sustento la vida esté disponible. Siga las instrucciones dadas a usted por el centro de diálisis.
8. Si recibe quimioterapia, consulte con su proveedor de atención médica por adelantado, y haga arreglos en otra ciudad para recibir los tratamientos necesarios.
9. Prepare por escrito su historial médico, incluyendo los siguientes elementos:
  - a. Resumen de su historial médico.
  - b. Lista de diagnósticos o condiciones actuales o pasadas.
  - c. Lista de alergias a medicinas, alimentos y materiales.
  - d. Incluya su expediente de vacunas.
  - e. Incluya nombres y números de sus proveedores de cuidados de salud.
  - f. Haga copias de su historial con sus documento importantes.

## EQUIPO MÉDICO PARA EL HOGAR

Su plan de preparación para emergencias debe incluir lo siguiente en respecta con su equipo médico de casa:

- Saber cómo ponerse en contacto con su compañía de equipos médicos. Ponga por escrito: el nombre de la empresa, número de teléfono y personas de contacto.
- Mantenga un registro del modelo y / o número de serie de todos los equipos.
- Asegúrese de tener todos los suministros (y suministros adicionales) para su equipo en caso de que tenga que salir de casa, o si no puede salir de su casa por un período de tiempo.
- Identificar fuentes alternativas de energía, como generadores, inventores A / C y de bomberos locales y las instalaciones del SME (EMS).
- Identifique y aprenda medios manuales alternativos para proveer cuidados, es decir, en lugar de una máquina de succión use una jeringa de aspiración manual.
- Comuníquese con la compañía eléctrica local si usted cree que puede calificar como cliente de soporte vital

### CONSEJOS PARA MEDICACIÓN

- Haga una lista de todos los medicamentos, dosis y horarios.
- Mantenga a la mano de 2-3 meses de medicamentos con receta.
- Lleve su tarjeta de seguro médico con otros papeles importantes.
- Mantenga los medicamentos seguros y secos.
- Refrigere los medicamentos según sea necesario.
- Cuando sea posible, utilice una cadena de farmacias nacional para que los medicamentos se puedan acceder desde varias ubicaciones.
- Aprenda a reordenar recetas en línea, para facilitar el acceso

### NOTAS IMPORTANTES PARA DUEÑOS DE MASCOTAS

- Por favor, recuerde que debe hacer planes para su mascota(s) en el desarrollo de su plan de desastre. Las mascotas son como de la familia para la mayoría de la gente y necesita de un plan para transportar y dar refugio durante un desastre. Por desgracia, los refugios que están abiertos para el público en general usualmente no permiten mascotas.
- Quizás desee consultar con su oficina local de manejo de emergencias y / o un refugio de animales para ver qué recursos están disponibles en su ciudad.

### ANIMALES DE SERVICIO

- Los animales de servicio que asisten a personas con discapacidad pueden ser los únicos animales en refugios de la Cruz Roja.
- Los animales de servicio son generalmente permitidos en cualquier lugar público.



# PREPARACIÓN PARA HURACANES

## ANTES DE UN HURACÁN

Cuando un **AVISO** de huracán se emite por el Servicio Meteorológico Nacional, dentro de las 36 horas de condiciones de huracán que amenazan el área costera, debe hacer lo siguiente:

- Continúe monitoreando la radio y televisión local para instrucciones.
- Verifique sus provisiones, especialmente agua (al menos 5 galones por persona).
- Llene de combustible los vehículos y generadores.
- Cubra las ventanas con madera contrachapada.
- Lleve adentro **TODOS** los muebles, juguetes y herramientas.
- Amarre los barcos de manera segura o muévalos a un lugar seguro.

Cuando una **ADVERTENCIA** de huracán es puesta y vientos huracanados de 74 millas por hora o más o aguas peligrosamente altas y marejadas dentro de 24 horas en esta área, usted debe:

- Continuar monitoreando las estaciones locales de radio y televisión para obtener instrucciones.
- Retírese de las zonas bajas o de las áreas costeras, a petición de los funcionarios.
- Compruebe los amarres si vive en una casa móvil. **SALGA INMEDIATAMENTE.**
- Llene las bañeras y todos los recipientes disponibles con agua adicional.
- Apague todas las utilidades, si así lo solicitan.
- Manténgase alejado de las ventanas, puertas y aberturas.

## DURANTE UN HURACÁN

- Permanezca en el pasillo interior, baños, armarios o en el nivel más bajo de su casa y lejos de las ventanas.
- Cúbrase usted y sus familiares con un colchón o busque refugio bajo algo sólido, como una mesa de comedor bien construida que podría protegerlo de posibles escombros.

## DESPUÉS DE UN HURACÁN

- Tenga cuidado con los alimentos y / o agua poco seguros. Hierva el agua del grifo antes de beber al menos que le digan que no es necesario.
- Las utilidades deben estar apagadas. Trate todas las líneas caídas como alambres vivos y no se les acerques. Si huele a gas, abandone el área inmediatamente y notifique a las autoridades correspondientes.
- Hacer reparaciones temporeras, Sin tomar riesgos innecesarios, proteja su propiedad de daños futuros.
- Informe a su agente de seguros de cualquier daño, y deja dicho donde se le pueda localizar. Tome fotografías de los daños.

# INUNDACIÓN

El tipo más común de todos los peligros naturales es la inundación. Estar preparado es un paso vital para proteger tanto las vidas como la propiedad personal. Las siguientes sugerencias lo ayudarán a desarrollar su plan de emergencia personal para inundaciones.

## ANTES DE UNA INUNDACIÓN

- Entienda las inundaciones repentinas y los términos de advertencias
  - Vigilancia de Inundación: La inundación es posible.
  - Advertencia de Inundaciones: La inundación está ocurriendo o es inminente.
- Determine si su propiedad está en una zona propensa a inundación.
- Compre un Radio meteorológico.
- Prepare un equipo de suministros para desastres que incluya una radio con pilas de repuesto, linternas, botiquín de primeros auxilios y alimentos.
- Sepa cómo desconectar sus utilidades.
- Considere comprar seguro contra inundaciones.

## DURANTE UNA INUNDACIÓN

- Escuche las estaciones de radio y TV para obtener la información más actualizada.
- Saber qué arroyos, pantanos, canales de drenaje y riachuelos son propensos a la inundación en su área inmediata.
- Asegure su casa antes de evacuar.
- Evite acercarse a zonas inundables. La profundidad del agua es desconocida.

## DESPUÉS DE LA INUNDACIÓN

- Manténgase alejado de las aguas de la inundación.
- Sea consciente de las áreas donde las inundaciones han reducido.
- Manténgase alejado de las áreas donde los postes de electricidad están caídos o donde ha ocurrido destrucción en las propiedades.
- Esté alerta a los problemas personales de salud y seguridad relacionados con el bienestar de su familia.
- Continúe escuchando la radio o la información más actualizada.
- Comuníquese con su agente de seguros tan pronto como sea posible.
- No conduzca en calles inundadas. La profundidad del agua es desconocida y la condición de la carretera no es certera.
- Sepa cómo y cuándo debe evacuar su área antes de que sea demasiado tarde.

# TORNADOS

Los tornados golpean con poca o ninguna advertencia. Cada familia debe desarrollar un plan de tornado y diseñar un refugio seguro. Practique el plan que usted y su familia desarrolló.

## ANTES DE UN TORNADO

- Conozca el significado de los términos utilizados para describir las amenazas de tornado:
  - Tornado en vigilancia –tornados son posibles
  - Aviso de tornado – busque refugio, tornado avisado
  - Tormenta severa en vigilancia –tormentas eléctricas severas son posibles
  - Advertencia de tormenta eléctrica severa- tormentas severas se están produciendo
- Compre un Radio Meteorológico NOAA, radio comercial de baterías y baterías adicionales para cada uno. Tener provisiones de emergencia a mano. Haga un inventario de sus posesiones. Mantenga papeles importantes en una caja de seguridad.

## DURANTE UN TORNADO

- Cuando un tornado se divisa, vaya a su refugio de inmediato, manténgase alejado de las ventanas, puertas y paredes exteriores.
- En un edificio o en una casa pequeña, vaya al sótano o a un cuarto interior en un nivel bajo.
- En una escuela, asilo de ancianos, hospital, fábrica o centro de compras, vaya a la zona de refugio predestinado o pasillos interiores en el nivel más bajo.
- En un edificio de gran altura, vaya a una sala pequeña, o pasillo interior en el piso más bajo.
- Póngase bajo de un mueble sólido, una mesa o un escritorio.
- Use sus brazos para proteger la cabeza y el cuello.
- En una casa móvil o vehículo, salga inmediatamente y vaya a una estructura sustancial. Un canal, barranco o alcantarilla puede ser utilizado si ninguna estructura está disponible. No intente conducir en medio de un tornado.

## DESPUÉS DE UN TORNADO

- Tenga cuidado con los vidrios rotos y las líneas eléctricas caídas.
- Compruebe si hay heridos. Mueva a heridos gravemente sólo en caso de peligro inminente o que su vida está amenazada.
- Tenga cuidado al ingresar a un edificio dañado.

## LISTA DE PREPARACIÓN PARA DESASTRES Y CONSEJOS PARA INDIVIDUOS CON NECESIDADES ESPECIALES

### SABER QUE HACER PARA PROTEGERSE USTED Y SU FAMILIA

- APRENDA sobre peligros potenciales y cómo tratarlos
- DESARROLLE un plan de emergencia
- PRACTIQUE y mantenga su plan de emergencia

### SEPA QUÉ TIPO DE DESASTRE PUEDE AFECTAR

- Pregunte acerca de los tipos de desastres naturales o tecnológicos (materiales peligrosos, accidentes graves de transporte, etc.) más probables que ocurran en su área. Solicite información sobre cómo prepararse para cada evento.
- Pregunte sobre el sistema de Alerta de Emergencia (EAS). Las transmisiones del EAS son activados por las autoridades locales cuando hay una emergencia (KTRH 740 AM)
- Preste mucha atención a estos mensajes.
- Pregunte sobre el cuidado de los animales después de un desastre. Los animales no suelen ser permitidos dentro de los refugios de emergencia. Sólo los perros de servicio se les permitirá acompañar a una persona con discapacidad.
- Pregunte sobre asistencia especial a las personas mayores y discapacitados, si es necesario.
- Pregunte acerca de la evacuación y las rutas seguras de tráfico por tierra.

### HAGA UNA LISTA DE INFORMACIÓN MÉDICA

- Proveedores médicos
- Medicamentos que use
- Equipo de adaptación, equipo de soporte corporal
- Alergias y sensibilidades
- Comunicaciones o dificultades cognitivas
- Agregue copias de tarjetas de seguro médico
- Tener suministro de medicamentos adicional de 14-día
- Tenga copias extra de sus recetas

### SUMINISTROS DE DESASTRES PARA SUS MASCOTAS

En caso de un desastre, si tiene que evacuar, entonces lo mejor que puede hacer para proteger sus mascotas es evacuarlas también. Dejando a sus mascotas puede resultar que se pierdan, lastimen o algo peor. Identifique lugares para usted y / o sus mascotas, considere hoteles fuera de su área, amigos, parientes, internados, veterinarios, o refugios de animales. Prepare un equipo de suministros para desastres para sus mascotas que incluyen:

- Botiquín de primeros auxilios y medicamentos
- Correas resistentes collar/arnés
- Portadores con escusorio para transportar mascotas de manera segura
- Fotos actuales
- Comida, agua portable, tazón y un abridor de latas
- juguetes

Conozca el plan de emergencia en su lugar de trabajo, en la escuela de sus hijos, guardería y otros lugares donde su familia pasa el tiempo.

#### DESARROLLE UN PLAN DE EMERGENCIA PARA SU FAMILIA

- Discute lo que su familia debe hacer para cada tipo de desastre.
- Busque los lugares seguros en su hogar para refugiarse.
- Determine las mejores rutas de escape desde su hogar y encuentre dos formas de salir de cada habitación.
- Escoja puntos de encuentro: escoja lugares fuera de su hogar en caso de que ocurra una emergencia en su hogar, como un fuego, y fuera de su vecindario en caso de que no pueda regresar a su hogar.
- Escoja puntos de encuentro en un local fuera de la ciudad para que todos puedan llamar si la familia se separa.
  - Asegúrese de que todos saben los números telefónicos.
- Discuten qué hacer en una emergencia.
- Guarde provisiones de emergencia.
  - Debe reunir provisiones suficientes para satisfacer sus necesidades por tres días.

#### PREPARE UN EQUIPO DE SUMINISTRO EN CASO DE EVACUACIÓN

- COMIDA: agua, comida empacada o enlatada y un abridor de lata manual
- ROPA: cambios de ropa y calcetines, sábanas/bolsa de dormir y zapatos
- MÉDICO: botiquín de primeros auxilios, medicamentos con recetas y un par de lentes extras
- SUPLEMENTOS: radio de batería y linterna con baterías extra
- MISC: un par de llaves del auto y del hogar extra, dinero en efectivo y tarjetas de créditos

#### PREPARE UN EQUIPO DE EMERGENCIA PARA EL AUTO

- Incluya un radio de batería, linterna, baterías extras, cables de refuerzo, equipo para reparar el auto, extintor de fuego, sabana, botiquín de primeros auxilios, agua embotellada, comida energizante y mapas.
- Instale detectores de humo y extintor de fuego en su hogar
- Aprenda medidas de seguridad como CPR, primeros auxilios y como usar el extintor. Cómo y cuándo desconectar el agua, gas y electricidad.
- Ponga los números de emergencia cerca del teléfono. Enseñe a sus hijos como y cuando llamar al 911, bomberos/policía/EMS.

## LISTA DE PREPARACIÓN

- \_\_\_\_\_ Suplemento de agua para 7 días– 1 galón de agua diario por persona
- \_\_\_\_\_ Suplementos de comida para 7 días por persona y cualquier plan de nutrición necesario
- \_\_\_\_\_ Abridor de latas manual
- \_\_\_\_\_ Linterna/radio con baterías extra
- \_\_\_\_\_ Botiquín de primeros auxilios
- \_\_\_\_\_ Medicamentos para 2 semanas: pañales, papel toallas, etc.
- \_\_\_\_\_ Sillas de rueda
- \_\_\_\_\_ Equipo de salud necesario: oxígeno, tubos, suministros de alimentación, de ser necesario
- \_\_\_\_\_ Identificación personal/información de aseguranza médica
- \_\_\_\_\_ Lista de los médicos de la familia y números de familiares
- \_\_\_\_\_ Lista de modelo/ número de serie de cualquier dispositivo/equipo médico
- \_\_\_\_\_ Artículos de aseo personal: cepillo de dientes, pasta de dientes, desodorante, jabón, toalla, peine
- \_\_\_\_\_ Lentes, contactos, estuche, soluciones, audífonos y baterías
- \_\_\_\_\_ Ropa de cama: almohada, sábanas, bolsa de dormir o colchón
- \_\_\_\_\_ Sillas: sillas de patio, sillas reclinables, etc.
- \_\_\_\_\_ Material de lectura: libros, revistas
- \_\_\_\_\_ Extra ropa
- \_\_\_\_\_ Papeles importantes/dinero en efectivo

### CONSEJOS PARA PERSONAS CON NECESIDADES MÉDICAS

Los miembros de apoyo, o "amigos", pueden ser compañeros, familia, vecinos, amigos y compañeros de trabajo. Deben ser personas de su confianza para determinar si usted necesita ayuda. Los miembros de su sistema de apoyo deben conocer sus capacidades y necesidades, y ser capaz de ayudar en cuestión de minutos.

### REALISE UNA EVALUACIÓN PERSONAL

- Cuidado personal:
  - Necesita asistencia con actividades diarias como bañarse y peinarse?
  - Utiliza equipo adaptivo para ayudarse a vestir?
- Equipo para cuidado personal
  - Utiliza una silla/ banco en la bañera o otro equipo similar?
- Dispositivos de alimentación adaptativos
  - Usa utensilios especiales para preparar o comer alimentos de forma independiente?
- Equipo dependiente de electricidad
  - Qué equipo usted utiliza qué necesita electricidad y como operaría si la electricidad es interrumpida?
- Transportación
  - Usted necesita un vehículo con equipo especial o transportación accesible?
- Evacuando
  - Necesita asistencia si es necesario evacuar?

## PREVENCION Y PROTECCION DE INCENDIOS

Nada es más devastador y mortal que un incendio en el hogar. Con frecuencia, los incendios se producen por la noche, cuando el duerme retrasa el escape. Obviamente, la mejor manera de protegerse usted y su familia de un incendio es evitar un incendio. Aquí está la lista de control de prevención de incendios para usar en su casa:

- Evitar llamas abiertas alrededor de los sistemas de suministro de oxígeno
- No fumar en la cama
- Extintor de fuego en la cocina y taller
- No sobrecargar el sistema eléctrico y mantenerlo seguro
- Mantener el área de la estufa libre de grasa o materiales inflamables
- Mantener la basura y materiales inflamables tapados con latas de metal hasta ser eliminados
- Velas usadas para la atmósfera u otros propósitos cuidadosamente apagados
- Apagar los calentadores de habitación eléctricos o de gas antes de salir
- Mantener la carpintería a 18 pulgadas de hornos, estufa o calefacción protegida con aislador.
- Siempre use mitones acolchonados en los sartenes calientes para prevenir quemaduras. Use ambas manos para levantar sartenes pesados o voluminosos.

Escapar de un incendio en el hogar no siempre es fácil, incluso para los miembros de la familia que no son débiles o incapacitados. Muchas de las víctimas no son tocadas por las llamas, pero son ahogados por el humo o gases.

El Consejo Nacional de Seguridad ha establecido las siguientes directrices, pero, naturalmente, usted debe desarrollar su propio plan de escape ya que cada situación familiar es diferente.

- Dibuje un plano de su hogar. En el plano, traza una ruta de escape para cada habitación en cada piso. Tenga una ruta alternativa donde sea posible, especialmente en los dormitorios, donde las rutas pueden ser bloqueadas por fuego o humo.
- Los dormitorios de los individuos con dificultades físicas deben tener acceso a más de una salida, una ventana a nivel del suelo o un cuarto con fácil acceso al techo.
- Diseñe un plan para ayudar a familiares débiles o impedidos.
- No pierda tiempo buscando artículos o vistiéndose. Simplemente salga!
- Mantenga el dormitorio cerrado en las noches para retrasar la extinción del fuego y gases mortales.
- Verifique el fuego tocando la cerradura de la puerta de su dormitorio. Si está tibia o caliente, deje la puerta cerrada y escape usando otra ruta.
- Si le es imposible salir del dormitorio, coloque toallas o ropa mojada entremedio de las puertas. Manténgase cerca de las ventanas medias abiertas. Si el dormitorio se llena de humo, tape su nariz y boca con una toalla húmeda y acérquese al piso lo más que pueda.





## PÉRDIDA DE LUZ

Si necesita asistencia médica durante un corte de energía y las líneas telefónicas de la agencia están caídas, haga lo siguiente:

- Llame al 911 o diríjase a la sala de emergencia de hospital más cercana.
- Si no es una emergencia, pero aún usted necesita asistencia, llame a un vecino o miembro de familia.
- Nuestra agencia se comunicará con usted lo más pronto posible.

### RELAMPAGO

- Dentro de la casa: evite bañeras, grifos, lavamanos porque las tuberías de metal pueden generar electricidad.
- Manténgase alejado de las ventanas.
- Evite el uso de teléfono, excepto para emergencias.
- Si está afuera, no se pare debajo de una barra de iluminación natural, tal como: un árbol alto aislado en un área abierta.
- Aléjese de todo lo que sea metal, incluyendo: tractores, equipo de granja , bicicletas, etc.

### TORMENTAS DE NIEVE

Reúna suministros de emergencia

- Radio de baterías.
- Alimentos que no requieren cocinar y un abrelatas manual.
- Sus medicamentos
- Cobijas adicionales
- Agua extra en botellas de refresco limpias o envases de leche.
- Sal de roca para derretir hielo y arena para mejorar la tracción
- Linternas, lámparas de batería, y baterías adicionales. Velas son un peligro de incendio.
- Asegúrese de tener suficiente combustible para mantenerse caliente; las fuentes regulares de combustible pueden cortarse.

Vestido para la temporada

- Use varias capas de ropa abrigada y liviana en lugar de una sola capa o ropa gruesa.
- Los mitones son más calientes que los guantes.
- Use sombrero; la mayor parte del calor del cuerpo se pierde a través de la parte superior de la cabeza.

## RECURSOS DE PREPARACIÓN PARA EMERGENCIAS

The National Organization on Disabilities Emergency Preparedness Initiative

- [www.nod.org/emergency/index.cfm](http://www.nod.org/emergency/index.cfm)

Emergency Preparedness for People with Disabilities

- <http://www.ilrcsf.org/resources/Medical.pdf>

Emergency Evacuation Preparedness: Taking Responsibility for Your Safety – A Guide for People with Disabilities and Other Activity Limitations by June Isaacson Kailes, Disability Policy Consultant

- [http://webhost.westernu.edu/hfcdhp/wp-content/uploads/Emergency\\_Evacuation.pdf](http://webhost.westernu.edu/hfcdhp/wp-content/uploads/Emergency_Evacuation.pdf)

FEMA- Federal Emergency management Agency: Individuals with Special Needs

- [http://www.fema.gov/media-library-data/20130726-1445-20490-6732/fema\\_476.pdf](http://www.fema.gov/media-library-data/20130726-1445-20490-6732/fema_476.pdf)

Disability Preparedness Center

- <https://www.disability.gov/resource/inclusive-preparedness-center/>

Disability Preparedness DHS

- <http://www.dhs.gov/interagency-coordinating-council-emergency-preparedness-and-individuals-disabilities>

The Centers for Disease Control and Prevention Emergency Preparedness

- [www.emergency.cdc.gov/](http://www.emergency.cdc.gov/)

State Health Departments

- <http://www.cdc.gov/mmwr/international/relres.html>

Special Needs and Disaster Research Information

- [www.disaster-research.us](http://www.disaster-research.us)

American Red Cross

- [www.redcross.org](http://www.redcross.org)

Dept. of Homeland Security

- [www.dhs.gov/dhspublic](http://www.dhs.gov/dhspublic)

FEMA Community Emergency Response Teams

- <https://www.fema.gov/community-emergency-response-teams>

Ready Go

- [www.ready.gov](http://www.ready.gov)

White House

- [www.whitehouse.gov/homeland](http://www.whitehouse.gov/homeland)

Citizen Corp

- [www.citizencorps.gov](http://www.citizencorps.gov)

# FORMULARIO DE PREPARACIÓN PARA LA PREPARACIÓN DE DESASTRE PARA INDIVIDUOS DE NECESIDADES ESPECIALES

Su plan de preparación para desastres debe responder las siguientes declaraciones:

Yo llamaré a \_\_\_\_\_, al \_\_\_\_\_.  
(familia, cuidadores o amigos) (número telefónico)

Mi hijo será transportado por \_\_\_\_\_.  
(tipo de vehículo: carro, camioneta, ambulancia, etc.)

He hecho arreglos con \_\_\_\_\_ en caso que se requiere transportación especial.  
(nombre de la compañía de ambulancia)

Mi hijo y yo iremos a \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ para refugiarnos cuando evacuemos.  
(nombre) (lugar)

El número telefónico del refugio es \_\_\_\_\_.

Llamaré a \_\_\_\_\_ (nombre), al \_\_\_\_\_ (número telefónico) en \_\_\_\_\_ (estado, ciudad) para dejarles saber mis planes y destino.

Otra Información Importante:

---

---

---

---

---

---

---

---

## NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES

Ambulancia	911
Departamento de Fuego	911
Departamento de Policía	911
Centro de Control de Envenenamiento	1-800-222-1222
Asistencia en Desastre	
• Departamento de Regulación y Protección de Texas	1-800-582-5233
• Línea directa 24 horas	1-800-252-5400
Para quejas, puede llamar:	
• Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Discapacitados de Texas	1-800-720-7777
• Línea directa de salud en el hogar 24 horas	1-800-458-9858

# PLAN DE EMERGENCIA

ESTE PLAN SE DEBE COLOCARSE CERCA DEL TELÉFONO O EN SU REFRIGERADOR.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Subdivisión o nombre de Complejo de apartamento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Intersección mas cercana \_\_\_\_\_  
Participantes en la sesión de terapia: (Los padres deben ser incluidos) \_\_\_\_\_

## ¡NO LLAME A PREMIER PEDIATRIC THERAPY EN CASO DE UNA EMERGENCIA!

### Si esto pasa:

- El nivel de actividad o comportamiento a cambiado
- No está orinando
- Infantes: temblando "mollera"
- Niños: Ojos vidriosos, labios o boca seca
- Si no hay pañales mojados en un periodo de 8 horas.
- Fiebre > 101, cambio en ritmo cardíaco/la respiración
- Irritabilidad extrema
- Inhabilidad de despertar

### Haga esto:

- Llame a su doctor.
- Si no hay ninguna respuesta en una hora, llevar a la oficina del doctor o a la sala de emergen.

### Si sucede esto:

- Sangrado de más
- Dificultad Respirando
- Labios o dentro de la boca están azul
- Si no está respirando

### Haga esto:

- Aplique presión a la parte donde está sangrando.
- Si todavía respira, ir a la sala de emergencia llame al 911
- Haga CPR y llame al 911.

## NÚMEROS DE EMERGENCIA

<p>Dr. _____ Teléfono: _____ <b>Premier Pediatric Therapy:</b> (832) 539-1632 Este numero esta disponible de Lunes a Viernes, de 9:00am-4:00pm. Un miembro de nuestra gerencia puede ser contactado fuera de este horario al 281-466-4340. <b>Hospital</b> _____ <b>Teléfono:</b> _____ <b>Miembro de la familia a llamar en caso de una emergencia:</b> <b>Nombre:</b> _____ <b>Teléfono:</b> _____</p>	<p><b>Bomberos:</b> 911 <b>Emergencia:</b> 911 <b>Ambulancia:</b> 911 <b>Control del veneno:</b> 1-800-222-1222 <b>Estado línea directa para denuncias:</b> 1-800-458-9858</p>
--	--

## POR FAVOR DE LLAMAR A PREMIER PEDIATRIC THERAPY AL 832-539-1632 SI SU NIÑO VA A LA SALA DE EMERGENCIA o HOSPITAL

Plan revisado por:

Fecha:

# CONTACTOS DE ADMISIÓN

*Paciente:*

---

*# de Identificación::*

---

*Fecha de Nacimiento:*

---

Querido Padre/Cuidador,

El citado niño estará recibiendo terapia de \_\_\_\_\_ a través de nuestra agencia. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a su coordinador de terapia, \_\_\_\_\_, at 832-539-1632.

Terapeuta	Teléfono



# ACUERDO DE SERVICIOS

---

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	
<hr/>			
Dirección	Ciudad	Estado	Zip
<hr/>			
Fecha de Nacimiento	# ID/Medicaid	Nombre del Padre/ Guardian Legal	

Seleccione las siguientes cajas para confirmar:

- Premier Pediatric Therapy es un proveedor de salud en el hogar con licencia en el estado de Texas. Premier Pediatric Therapy acepta pacientes pediátricos desde el nacimiento hasta los 21 años de edad, basado en la capacidad de PPT para proporcionar los servicios necesarios, sin tener en cuenta raza, credo, religión, sexo, origen nacional, preferencia sexual, discapacidad o estatus de VIH. No voy a mantener a PPT o cualquiera de sus representantes responsables de la seguridad y / o el bienestar de cualquier otra persona no identificada anteriormente. PPT hará todo lo posible para proporcionar todas las visitas autorizadas para el tratamiento de su hijo. En el caso de que su terapeuta no es capaz de completar todos los servicios solicitados, PPT ofrecerá un terapeuta alternativo, si uno está disponible, para proporcionar ese cuidado.

## CONSENTIMIENTO PARA CUIDADO

- Yo autorizo a Premier Pediatric Therapy, a proveer terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y / o de enfermería para las evaluaciones de mi hijo, según lo prescrito por su médico.

## AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

- Autorizo la liberación de todos los registros necesarios para actuar sobre la solicitud de pago de servicios autorizados en nombre de mi hijo. Autorizo que los registros de mi hijo sean revisados dentro de la agencia por las auditorías internas o el estado. Yo autorizo la liberación de información médica del niño a cualquier otra entidad que presta servicios de terapia médica o para él / ella, tales como médicos, terapeutas y / o hospitales.

## RESPONSABILIDAD FINANCIERA

- Yo certifico que la información dada por mí en la solicitud de pago de Seguro de Grupo o Medicaid es correcta. Entiendo que Premier Pediatric Therapy presentará facturas y reclamos exactos al seguro en nombre de mi hijo. Yo entiendo que si tengo seguro privado, pagos de Medicaid serán secundarios. Yo autorizo a la compañía de seguros a pagar directamente a Premier Pediatric Therapy, todas las prestaciones que se deben a mí para los servicios prestados. Entiendo que soy responsable por el pago de cualquiera y todos los gastos no cubiertos por mi compañía de seguros. Si el deducible para el año no se ha cumplido, será necesario coleccionar esta tasa antes de empezar servicios. Si su niño tiene un número de Medicaid, usted no se le cobrará por los servicios autorizados. Si los clientes desean pagar por los servicios prestados en privado, un acuerdo de pago individual se creará antes de que los servicios que se prestan.

Servicio Ordenado	Frecuencia	Pagador (Seleccione uno)	Cantidad a ser facturada*	Cantidad que espera de Seguros/Medicaid	Cargos que el cliente puede pagar
Terapia Física		<input type="checkbox"/> Aseguranza <input type="checkbox"/> Medicaid			
Terapia Ocupacional		<input type="checkbox"/> Aseguranza <input type="checkbox"/> Medicaid			
Terapia de Habla		<input type="checkbox"/> Aseguranza <input type="checkbox"/> Medicaid			

\* Si Medicaid es el único pagador, el importe facturado es la cantidad permitida. MEDICAID PAGA EL 100% DE CANTIDAD PERMITIDA.

Primaria Aseguranza (Asegurado)

Secundaria Aseguranza (Asegurado)

**RESOLUCIÓN DE QUEJAS**

Premier Pediatric Therapy se esfuerza por resolver los conflictos que puedan surgir. Yo entiendo que si tengo alguna pregunta o queja yo debería notificar al administrador a Premier Pediatric Therapy en 832-539-1632. Las quejas serán revisados dentro de 3 días y resuelto dentro de 30 días. Entiendo que tengo el derecho a presentar una queja o preguntas con respecto a los servicios con el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas de teléfono en la Línea de Estado siete días a la semana, 24 horas al día en el 1-800-458-9858 o por escrito a la siguiente dirección:

DADS  
Consumer Rights and Services Division  
P.O. Box 149030  
Austin, TX 78714-9030

Premier Pediatric Therapy  
415 South First Street, Suite 300A  
Lufkin, TX 75901

Texas Department of Insurance  
P.O. Box 149091  
Austin, TX 78714-9091

**CARTA DE DERECHOS – RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE**

He recibido y entiendo mis Derechos y Responsabilidades como se detalla en el documento adjunto.

**PERMISO DE FOTOGRAFIA**

Yo doy mi permiso para que los empleados de Premier Pediatrics Therapy fotografien a mi hijo

Fotos de mi hijo pueden ser utilizados en material publicitario por PPT con mi aprobación de cada una de las fotos utilizadas.

Yo entiendo y acepto los términos de este acuerdo:

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Presenciado por el Representante de Premier Pediatric Therapy: \_\_\_\_\_

Servicios son supervisados por Yahaira Pagan, SLP, Administrador Alterno - Phone: (832) 539-1632



## RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE INFORMACIÓN

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Seleccione las siguientes cajas para confirmar:

- Entiendo que debo tener acceso a un teléfono y devolver las llamadas de la agencia de manera rápida oportuna. Notificaré a la agencia de inmediato sobre cualquier cambio en mi número de teléfono, dirección o Información de seguro / Medicaid.
- Yo, he recibido y me han explicado la declaración de derechos y mi responsabilidades.
- Yo entiendo la política de la agencia de reporter obligatorio de abuso, negligencia y explotación.
- Yo entiendo como la agencia protege mi información personal y con quien ellos comparten mi información. He recibido la información HIPPA.
- Yo entiendo que puedo tener acceso a la línea de salud(800)458-9858 en el hogar y en cualquier momento a presentar denuncias contra la agencia .
- Yo he recibido la información de los planes de emergencia, la seguridad del paciente y la seguridad de la casa, y el plan de desastre de la agencia de recuerdos y desastres.
- Yo he recibido la política de la agencia en cuanto al control de drogas de empleados/contratistas.
- Yo he recibido un Manual de Orientación de Familia.
- Yo he recibido la información en cuanto a la Directiva de Avance, el Poder Judicial Duradero, Fuera de Hospital No Resucita (DNR), Testamento de Vida y la Declaración para el Tratamiento de Salud mental.
- Yo, no he ejecutado una orden de no resucitar (DNR), Testamento de Vida, el Poder Judicial Duradero o la Declaración para el Tratamiento de Salud Mental para mi niño.
- Yo, entiendo que debo llamar a PREMIER PEDIATRIC THERAPY sí tengo cualquier pregunta sobre la terapia de mi hijo o sobre la información que se me presentó en su admisión.

Yo entiendo que sólo debo firmar formas con las fechas y tiempos en el que los terapeutas proporciona tratamiento. Firmando formas inexacta puede poner los servicios de Medicaid de mi hijo en peligro.

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Presenciado por el Representante de Premier Pediatric Therapy: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS PARA TRANSFERENCIA DE SERVICIOS

Yo, \_\_\_\_\_, padre y / guardian legal de \_\_\_\_\_, fecha de nacimiento, \_\_\_\_\_ bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud, 45 C.F.R. Las partes 160 y 164, autorizan a la Compañía, \_\_\_\_\_, a divulgar de inmediato la información seleccionada en este formulario, por fax, al Representante de Terapia de Premier Pediatric Therapy que es el solicitante.

La información de los registros médicos que se divulgará varía de fecha \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, durante el cual certifiqué que mi hijo(a) estaba bajo el cuidado de su Compañía o Agencia.

Autorizo a Premier Pediatric Therapy a obtener la siguiente información para continuar con la continuidad de la atención de mi hijo(a):

- Evaluación o reevaluación actual o reciente
- Determinación/Carta de autorización de terapia aprobada por la aseguranza/seguro
- Información completa y registros médicos actuales y pasados.
- Otro: \_\_\_\_\_

Esta información médica puede ser utilizada por la persona que autorizo para recibir esta información para tratamiento o consulta médica, facturación o pago de reclamaciones o otros motivos que pueda indicar.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Además, entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y puede que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre Imprimida del Representante Premier Pediatric

\_\_\_\_\_  
Titulo

### **Premier Pediatric Therapy**

415 S First Street

Suite 300A

Lufkin, TX 75901

Phone: (832) 539-1632

Fax: (832) 539-1633



## ENCUESTA DE ADMISIÓN

Quereiod Padre/Cuidador:

Nosotros, en Premier Pediatric Therapy , siempre estamos buscando maneras de mejorar nuestros servicios para usted y su hijo. Queremos asegurarnos de que usted esté bien informado sobre el cuidado que va a recibir su hijo y que hemos respondido a cualquiera de sus preguntas o preocupaciones que pueda tener. Por favor, Tome unos minutos para llenar la encuesta. Sus comentarios serán confidenciales y son apreciadas.

¿El personal de la oficina era cortés y servicial?

- Sí             No

¿Fueron los servicios iniciados dentro de una cantidad razonable de tiempo?

- Sí             No

¿Durante la admisión, la representante le explicó bien los documentos que firmó?

- Sí             No

¿Sabe usted cómo llamar o comunicarse con la oficina Premier Pediatric Therapy?

- Sí             No

¿Saben los nombres de su terapeuta(s) y cómo ponerse en contacto con él/ella?

- Sí             No

Agradecemos cualquier sugerencia, comentario o cumplido que tenga sobre nuestra agencia y nuestros procesos. ¡Gracias por tu tiempo!

---

---

---

---

---

---

---

---

Envíenos este formulario nuevamente, en el sobre adjunto, una vez que el terapeuta haya visitado su hogar para completar la evaluación.