



## BIENVENIDA A LA TERAPIA DE INFUSIÓN A DOMICILIO

Helms Home Care ha sido subcontratado por su farmacia especializada para proporcionar servicios de enfermería de infusión en su hogar. Nuestra agencia está asociada con su farmacia y su médico, y se especializa en enfermería de terapia de infusión.

### INFORMACIÓN DE CONTACTO

Ponerse en contacto con el proveedor adecuado es crucial para recibir respuestas precisas y oportunas a sus preguntas e inquietudes.

#### **LLAME AL 911**

**EN CASO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA PROLONGADA O REPENTINA, DOLOR TORÁCICO, REACCIÓN ALÉRGICA GRAVE, TEMPERATURA  $>105^{\circ}\text{F}$  Y CUALQUIER OTRA EMERGENCIA POTENCIALMENTE MORTAL.**

#### **LLAME A SU MÉDICO DE CABECERA O PRIMARIO**

En caso de presentar fiebre, vómitos, náuseas, diarrea y cualquier otra dolencia física leve o moderada. Puede optar por llamar a su médico de cabecera o médico prescriptor (el número de teléfono se encuentra en la etiqueta del medicamento).

#### **LLAME A SU FARMACIA ESPECIALIZADA**

En relación con la entrega de su(s) medicamento(s) o suministros de infusión; consultas sobre seguros, facturación o finanzas; y resultados de laboratorio. Su farmacia le proporcionó su información de contacto junto con el envío de sus medicamentos/suministros y documentación.

#### **LLAME A HELMS HOME CARE**

En relación con la programación de visitas de enfermería, inquietudes sobre la atención de enfermería, resolución de problemas o dificultades para administrar su medicamento y preguntas o inquietudes relacionadas con el lugar de la vía intravenosa (hinchazón, dolor, enrojecimiento, secreción, apósito sucio, etc.).

**Llame o envíe un mensaje de texto a toda hora y en todo momento a**

**HHC: 704-802-9655**

**300 N NC 16 Business Hwy, Denver NC 28037**

**SU ENFERMERO DE HHC:** \_\_\_\_\_

## TERAPIA DE INFUSIÓN A DOMICILIO

Helms Home Care se enorgullece de ser parte de su salud y bienestar generales, pero no podemos proporcionar asesoramiento médico ni transmitir o interpretar resultados de laboratorio. Consulte con su médico estos asuntos.

**Prevenga infecciones:** mantenga una buena higiene de las manos. No toque el catéter ni el apósito a menos que sea necesario. Lávese o desinfectese siempre las manos antes y después de tocar cualquier parte del lugar donde está la vía intravenosa.

**Mantenga seco el lugar de la vía intravenosa:** el catéter y el apósito deben permanecer secos. No vaya a nadar, no utilice una bañera de hidromasaje o sauna ni haga cosas que puedan humedecer la zona. Dese un baño con una esponja o, si debe ducharse, cubra el lugar con algún tipo de plástico (por ejemplo, papel film, etc.) e intente excluir esa zona de la ducha. Si el apósito se moja, póngase en contacto con HHC para obtener ayuda.

**Evite daños:** no utilice objetos afilados o puntiagudos alrededor del catéter. Esto incluye tijeras, alfileres, cuchillos, navajas o cualquier otro elemento que pueda cortarlo o perforarlo. Evite usar ropa que pueda tirar del catéter o rozarlo.

**Preste atención a los signos de problemas:** preste atención a cuánto del catéter sobresale de la piel. Si esto cambia, comuníquese a su enfermero registrado o a la agencia. Esté atento a grietas, fugas u otros daños. Si el apósito se ensucia, se afloja o se moja, contáctenos para programar un cambio de apósito.

**Higiene de las manos:** una vía intravenosa puede dejar entrar gérmenes en su cuerpo que pueden provocar infecciones graves. Para prevenir las infecciones, es especialmente importante que usted, sus cuidadores y demás personas de su entorno tengan una buena higiene de manos. Esto significa lavarse bien las manos con agua y jabón y limpiarlas con un gel de manos a base de alcohol según las indicaciones. **No toque nunca el lugar de la vía intravenosa ni el apósito sin utilizar antes uno de estos métodos.**

**No fuerce la purga:** si su dispositivo de acceso no se purga, no intente “forzar” la purga de la vía. Póngase en contacto con nuestra agencia para obtener ayuda. Si su dispositivo de acceso no ofrece un retorno de sangre, pero purga sin resistencia y no presenta otros indicadores de mala colocación, es probable que se trate de un problema de posición que se resolverá. Continúe infundiéndose sus medicamentos y póngase en contacto con nuestra agencia para hablar al respecto.

### Medicamentos refrigerados:

- Almacénelos en el estante superior si es posible. No los guarde en la puerta.
- Siempre mantenga una separación entre los medicamentos y la carne cruda.
- Mantenga los medicamentos en la bolsa de plástico para ayudar a que se conserven limpios.
- Evite congelar los medicamentos.

### Purgas, suministros para el cuidado de la vía y medicamentos no refrigerados:

- Guárdelos fuera del alcance de los niños y animales domésticos.
- Guárdelos en un lugar fresco y seco.
- No los guarde en el cuarto de baño ni en zonas con mucha humedad.
- Mantenga los suministros organizados y póngase en contacto con su farmacia para resurtirlos.

### Higiene de las manos:

- Utilice jabón líquido si dispone de él y enjabónese bien durante uno o dos minutos.
- Frótese bien entre los dedos y debajo de las uñas.
- Enjuáguese con agua tibia y séquese las manos con una toalla de papel.
- Utilice la misma toalla de papel para cerrar el grifo.
- Aplicarse desinfectante en las manos antes de manipular o preparar los suministros es una precaución adicional para protegerse contra las infecciones.

### Prepare su área de trabajo:

- Elija un área libre de polvo, desorden, suciedad y corrientes de aire.
- Elija un área que pueda limpiarse con frecuencia, como una mesa o una bandeja.
- Tenga cuidado de no dejar que los animales domésticos o los niños contaminen el área de trabajo.

### Llame a su médico de cabecera o al 911 de inmediato si presenta alguno de los siguientes síntomas:

- Dolor o ardor en el hombro, el pecho, la espalda, los brazos o las piernas
- Escalofríos o fiebre de 100.4 °F o superior
- Tos, sibilancia o dificultad para respirar
- Latidos del corazón acelerados o irregulares
- Rigidez muscular o dificultad para moverse
- Signos de infección en el lugar del catéter
- Dolor, enrojecimiento, supuración, ardor o escozor

# PREPARACIÓN PARA EMERGENCIAS

- **Prepárese de antemano** para una emergencia (es decir, apagón, desastre natural, inclemencias meteorológicas) que podría requerir que **evacue** o se **refugie en el lugar**.
- **AVISO:** Durante una emergencia, Helms Home Care no proveerá servicios de enfermería en áreas que hayan sido designadas como inseguras.
- **Helms Home Care se** pondrá en contacto con su farmacia o proveedor para ayudar a coordinar y organizar la entrega de suministros adicionales y equipo de respaldo.
- **La información de emergencia** está disponible por televisión, radio, el sistema de transmisión de emergencia o puerta a puerta por parte de los funcionarios de emergencias locales. ¡Siga sus instrucciones! Los siguientes recursos gubernamentales pueden utilizarse para obtener información adicional:
  - o Gestión de emergencias de Carolina del Norte: 919-733-3300  
<https://www.ncdps.gov/our-organization/emergency-management>
  - o Gestión de emergencias de Carolina del Sur: 803-737-8500  
<https://scemd.org/>
  - o Gestión de emergencias de Virginia: 804-267-7600  
<https://www.vaemergency.gov>
  - o Gestión de emergencias de Kentucky: 800-255-2587  
<https://kyem.ky.gov/Pages/default.aspx>
  - o Gestión de emergencias de Indiana: 317-232-2222  
<https://www.in.gov/dhs/emergency-management-and-preparedness/division/>
- **Llame al 911 en caso de emergencias médicas.**
- **Prepare un botiquín de emergencia o antidesastres** (bolso de viaje o “go-bag”):
  - o Agua embotellada y comida enlatada; abrelatas manual
  - o Silbato, linternas y radio a pilas con pilas de repuesto para cada uno de ellos
  - o Botiquín de primeros auxilios y artículos de higiene personal
  - o Bidón de gasolina con combustible para el vehículo o generador en caso de que las gasolineras estén cerradas
  - o Dinero en efectivo para emergencias en caso de que los bancos o cajeros automáticos no estén disponibles
  - o Opciones de refugio alternativas conocidas, en caso de que la residencia principal quede inhabitable (refugio, casa familiar, iglesia, hotel)
  - o Toallas, mantas o sacos de dormir
  - o Cargadores de teléfonos celulares
  - o Documentos importantes disponibles en un contenedor impermeable
  - o Lista con información de contacto (seguro, médicos, farmacia, salud en el hogar, etc.)

- **PACIENTES DE INFUSIÓN:** tenga en cuenta su cronograma de infusión y esté preparado para viajar con suministros de infusión:
  - o Medicamentos de infusión: si se requiere refrigeración, tenga disponible una nevera portátil y bolsas de hielo para el viaje.
  - o Suministros para infusión o cuidado de la vía: kit de apósitos, hisopos con alcohol, heparina o solución salina para irrigación, bomba, tubos, pilas, etc.
- **PACIENTES DE ATENCIÓN A DOMICILIO:** tenga en cuenta sus necesidades de salud diarias y prepárese para viajar con medicamentos y suministros de atención a domicilio para más de tres días:
  - o Medicamentos orales de venta libre y con receta
  - o Suministros de alimentación y fórmula
  - o Material respiratorio
  - o Material de succión
  - o Material para la incontinencia
  - o Equipo médico de viaje con pilas de repuesto
- **Si se le indica que permanezca en interiores (“refugio en el lugar”):**
  - o Mantenga las ventanas y puertas cerradas.
  - o Según se indique: apague los ventiladores, calefactores y sistemas de aire acondicionado y diríjase a una habitación con el menor número de ventanas y puertas.
  - o Aléjese de las ventanas para evitar lesiones por cristales o proyectiles.
- **Si se le indica que evacue su casa:**
  - o Llame a Helms Home Care e indique la dirección y el número de teléfono donde pueden localizarle.
  - o Desconecte la electricidad y el agua.
  - o Salga inmediatamente, aunque las condiciones meteorológicas sean buenas.
  - o Evite cables eléctricos caídos, carreteras cortadas, carreteras inundadas o cubiertas de hielo.
  - o Cierre las ventanas y puertas.

**Instrucciones o necesidades de emergencia adicionales** (notas o recordatorios específicos para el paciente):

## DIRECTIVAS DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Como agencia que le provee servicios de salud, Helms Home Care debe ser informada de cualquier directiva de voluntad anticipada que usted pueda tener vigente. Durante la admisión, usted consentirá al tratamiento y se le dará la oportunidad de informar y proveer a nuestra agencia la información de su directiva de voluntad anticipada, si es que corresponde. Asimismo, Helms Home Care desea proporcionarle información acerca de sus derechos y la oportunidad de tener una directiva de voluntad anticipada en el caso de que le interese.

### **¿Qué es una directiva de voluntad anticipada?**

Una directiva de voluntad anticipada indica a su médico qué tipo de atención le gustaría recibir en caso de que no pueda tomar decisiones médicas (si está en coma, por ejemplo). Si ingresa en el hospital, es probable que el personal del hospital le hable de las directivas de voluntad anticipada.

### **¿Qué es un testamento en vida?**

Un testamento en vida es un tipo de directiva de voluntad anticipada. Se trata de un documento de carácter jurídico escrito que describe el tipo de tratamientos médicos o de mantenimiento de la vida que usted desearía recibir en caso de padecer una enfermedad grave o terminal. Un testamento en vida no le permite elegir a alguien para que tome decisiones por usted.

### **¿Qué es un poder notarial duradero para la atención médica?**

Un poder notarial duradero (durable power of attorney, DPA) para la atención médica es otro tipo de directiva de voluntad anticipada. Este documento establece a quién ha elegido usted para que tome las decisiones de atención médica en su nombre. Se activa cuando usted está inconsciente o no puede tomar decisiones médicas. Este tipo de poder notarial suele ser más útil que un testamento en vida, pero puede no ser una buena opción si no tiene otra persona de confianza que tome estas decisiones por usted.

### **¿Qué es una orden de no reanimar?**

Una orden de no reanimar (do not resuscitate, DNR) es otro tipo de directiva de voluntad anticipada. Este documento consiste en una solicitud para que no se le practique reanimación cardiopulmonar (RCP) si su corazón se detiene o si deja de respirar. (A menos que reciba otras instrucciones, el personal médico intentará ayudar a todos los pacientes cuyo corazón se haya detenido o que hayan dejado de respirar). Puede utilizar una directiva de voluntad anticipada o decirle a su médico que no quiere ser reanimado. En este caso, su médico ingresa una orden de no reanimar en su historia clínica. Las órdenes de no reanimar son aceptadas por médicos y hospitales de todos los estados.

### **¿Debería tener una directiva de voluntad anticipada?**

Al redactar una directiva de voluntad anticipada, usted da a conocer sus preferencias sobre la atención médica antes de sufrir una lesión o enfermedad grave. Esto les evitará a sus seres queridos el estrés de tener que tomar decisiones sobre su atención mientras está enfermo. Cualquier persona mayor de 18 años puede preparar una directiva de voluntad anticipada.

Las personas que padecen una enfermedad grave o terminal tienen más probabilidades de tener una directiva de voluntad anticipada. Esta medida puede reducir el sufrimiento y aumentar la tranquilidad y el control sobre la propia muerte. Sin embargo, incluso si goza de buena salud, quizá sea conveniente considerar la posibilidad de redactar una directiva de voluntad anticipada. Un accidente o una enfermedad grave pueden ocurrir de repente y, si ya tiene una directiva de voluntad anticipada firmada, es más probable que se respeten sus deseos.

### **¿Cómo puedo redactar una directiva de voluntad anticipada?**

Puede redactar una directiva de voluntad anticipada de varias maneras:

- Utilizar un formulario que le facilite su médico.
- Escribir usted mismo sus deseos.
- Llamar al departamento de salud o al departamento del estado para obtener un formulario.
- Llamar a un abogado.
- Utilizar programas informáticos para preparar documentos jurídicos.

**Las directivas de voluntad anticipada y los testamentos en vida no tienen por qué ser documentos jurídicos complicados.** Pueden ser declaraciones breves y sencillas sobre lo que quiere que se haga o no se haga si no puede hablar por usted mismo. Cuando esté satisfecho con sus directivas de voluntad anticipada, debe certificarlas ante notario, si es posible, y entregar copias a su familia y a su médico.

### **¿Puedo cambiar mi directiva de voluntad anticipada?**

Puede cambiar o anular sus directivas de voluntad anticipada en cualquier momento si es capaz de pensar racionalmente y de comunicar sus deseos de forma clara. De nuevo, los cambios deben hacerse, firmarse y notariarse de acuerdo con las leyes de su estado. Asegúrese de que su médico y los familiares que tenían conocimiento de sus directivas también sepan que las ha cambiado.

# DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

## **Como paciente de Helms Home Care, usted tiene los siguientes derechos:**

- Ser informado de sus derechos por escrito en el momento de la admisión y antes del inicio de la atención, y de forma continua, según sea necesario.
- Mantenerse libre de abuso mental y físico, negligencia y explotación de la propiedad.
- Que sus bienes y pertenencias personales sean tratados con respeto.
- Ser atendido por personal profesionalmente capacitado y competente en sus funciones.
- Expresar quejas y presentar reclamos, sin discriminación, sobre el tratamiento que se le dispense o no se le haya dispensado.
- Ser informado, con antelación, sobre la atención prestada y cualquier cambio en esta.
- Ser informado del supervisor clínico que gestiona su atención y poder ponerse en contacto con él.
- Ser informado de sus derechos en virtud de la ley del estado para formular directivas de voluntad anticipada.
- Ser informado de que los empleados de la agencia tienen prohibido fumar en su hogar.
- Esperar la confidencialidad de toda la información relacionada con su atención.
- Ser informado de la disponibilidad, del horario de atención y del propósito de la línea directa de la agencia estatal de salud en el hogar.
- Participar en la resolución de dilemas sobre su atención, tratamiento o servicios.
- Rechazar la atención, el tratamiento o los servicios dentro de los límites de la ley después de haber sido plenamente informado y de que se le hayan comunicado las consecuencias de su accionar.
- Ser informado, dentro de un plazo razonable, de la finalización anticipada del servicio, del alta o del traslado a otra organización.
- Ser notificado dentro de 10 días cuando o si la licencia de la agencia ha sido revocada, suspendida, cancelada, anulada, quitada, retirada del mercado o modificada.

## **Como paciente de Helms Home Care, LLC, usted tiene las siguientes responsabilidades:**

- Estar disponible para el personal de la agencia para las visitas a domicilio en horarios razonables y según lo programado.
- Notificar a la agencia si usted no va a estar disponible para una visita programada.
- Tratar al personal de la agencia con respeto y dignidad, sin discriminación.
- Aceptar las consecuencias del rechazo del tratamiento o de la elección de un incumplimiento.
- Confirmar la comprensión, verbalmente o por escrito, del plan de atención que se está describiendo.
- Permanecer bajo el cuidado de un médico mientras recibe servicios.
- Notificar a la agencia cualquier cambio en el tratamiento realizado por el médico.
- Proporcionar a la agencia una historia clínica completa y precisa.
- Informar a la agencia de cualquier cambio en su estado de salud, condición o tratamiento.
- Expresar sus inquietudes con respecto a errores, a la calidad de la atención, al tratamiento o a los servicios.
- Hacer preguntas sobre su estado de salud, tratamiento o servicios.
- Informar de cualquier problema o inquietud con relación a los medicamentos, incluidos aquellos recetados y los de venta libre, y los preparados a base de hierbas o no tradicionales.
- Firmar o hacer que su representante legal firme los consentimientos y las exenciones de responsabilidad que se requieran.
- Proporcionar un entorno doméstico seguro en el que se le pueda proporcionar la atención necesaria.
- Cooperar con su médico, el personal de la agencia y el proveedor de farmacia.
- Informar a la agencia si no puede entender o seguir instrucciones escritas.



## AVISO DE PRIVACIDAD

Helms Home Care respeta su confidencialidad y privacidad. Para prestarle nuestros servicios, debemos recopilar información personal sobre usted y sus necesidades de atención médica tanto de usted como de terceros, tales como su proveedor de seguro, su médico, el hospital, etc. También podemos compartir información sobre usted y sus necesidades de atención médica con miembros de nuestro equipo de atención médica, así como con médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica directamente involucrados en su atención.

Hay algunas situaciones en las que podemos divulgar información sobre su atención sin pedirle permiso. Todas ellas están claramente definidas en leyes y normativas gubernamentales y debemos cumplirlas, por ejemplo, una citación, orden judicial u orden de un tribunal para ver sus registros; un organismo de acreditación; o una agencia reguladora gubernamental o junta de supervisión para garantizar que cumplimos las leyes y normativas, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

### **Usted tiene los siguientes derechos:**

- Conocer, consultar y solicitar copias de la información relativa a su atención que conste en nuestros archivos. Debe darnos un tiempo razonable para preparar su visita a nuestra oficina para ver los expedientes o hacer copias de su información.
- Solicitar que determinadas personas NO tengan acceso a su información médica personal.
- Pedirnos que modifiquemos la información de nuestros archivos que usted considere incorrecta o incompleta. Tenga en cuenta que, en determinadas circunstancias, podemos denegar su solicitud si ocurren las siguientes circunstancias: nosotros no hemos creado la información, no somos quien mantiene la información médica, la información de la que disponemos se considera exacta y completa.
- Solicitar una rendición de cuentas de cualquier divulgación de su información médica que no esté relacionada con el tratamiento proporcionado.

Es posible que sea necesario obtener fotografías, cintas de video e imágenes digitales o de otro tipo para documentar su atención. Para garantizar su total privacidad, estos materiales se almacenan de forma segura. Usted tiene derecho a consultar u obtener copias de estas imágenes.

Helms Home Care ocasionalmente puede considerar necesario transmitir información con respecto a su atención por correo electrónico. Helms Home Care utiliza medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información enviada y recibida por correo electrónico. También hacemos todo lo posible para minimizar cualquier información personal de salud contenida en este tipo de comunicaciones.

Si usted siente que sus derechos de privacidad han sido vulnerados o si tiene alguna duda o inquietud con respecto a posibles vulneraciones de su privacidad, comuníquese con Helms Home Care directamente llamando al **(704) 802-9655**.

## INFORMACIÓN FINANCIERA

### HELMS HOME CARE NO LE FACTURA A USTED NI A SU SEGURO

Su proveedor de farmacia especializada es responsable de obtener la autorización del seguro, facturar al seguro por los servicios de infusión y enfermería y comunicarse con usted acerca de cualquier responsabilidad financiera o copago en que pudiese incurrir. Helms Home Care nunca le facturará a usted o a su seguro por nuestros servicios. Siempre comuníquese con su farmacia con respecto a cualquier duda de responsabilidad financiera.

### SERVICIOS DE LABORATORIO

Si su médico ha ordenado análisis de laboratorio como parte de su terapia prescrita, un enfermero de HHC extraerá esas muestras en su domicilio y las entregará al laboratorio más cercano para su procesamiento. Su información de seguro se proporciona y el laboratorio le facturará a su seguro en consecuencia. No hay cargos adicionales relativos a la toma de muestras de laboratorio a domicilio. **HELMS HOME CARE NO PUEDE ESTIMAR Y NO ES RESPONSABLE DE DEDUCIBLES, COPAGOS O COSTOS FUERA DE LA RED EN LOS QUE USTED PUEDA INCURRIR EN RELACIÓN CON LOS ANÁLISIS DE LABORATORIO.**

## CONSENTIMIENTOS

### SOLICITUD DE ADMISIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Solicito admisión a Helms Home Care, LLC y doy mi consentimiento para la atención y el tratamiento que indique mi médico tratante. Entiendo que mi atención está bajo la supervisión y el control del médico que me atiende, y doy mi consentimiento para todos los tratamientos médicos, los procedimientos, los exámenes y las pruebas que se necesiten, dentro de lo razonable, para brindarme una atención adecuada. **Entiendo que Helms Home Care, LLC hará todo lo posible para proporcionar visitas de enfermería de manera oportuna según lo programado y de acuerdo con mi plan de tratamiento, pero no garantiza la disponibilidad de los servicios o del personal de enfermería.** Entiendo que se me anima y se me solicita que participe en el proceso de planificación de la atención y que puedo solicitar revisar mi plan de tratamiento en cualquier momento.

### EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD VEHICULAR

Entiendo y acepto que Helms Home Care, LLC no tiene ni provee cobertura de seguro en ninguna circunstancia por daños a mi automóvil u otra propiedad como resultado del uso de mi automóvil por parte de un empleado de Helms Home Care. Estoy de acuerdo en no permitir ni solicitar que ningún empleado o representante de Helms Home Care opere mi automóvil o me traslade en el automóvil de un empleado de Helms Home Care. Por la presente libero a Helms Home Care y a sus empleados que se me asignen de toda responsabilidad, y me comprometo a mantenerlos indemnes y a indemnizarlos ante cualquier reclamo, responsabilidad o causa judicial por cualquier lesión a mi persona o propiedad resultante del uso de un automóvil (sea o no de mi propiedad) si es operado por un empleado de Helms Home Care.

## **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

Por la presente autorizo a Helms Home Care a divulgar copias de mis registros médicos, o partes de estos que puedan ser relevantes o bien informes o resúmenes de estos, a hospitales, médicos, proveedores de seguros, otros organismos o centros de servicios sanitarios o sociales a los que puedan derivarme, trasladarme o que puedan estar involucrados en mi atención según sea necesario, con el propósito de continuar la coordinación o evaluación de mi atención o a fin de ayudar a determinar la responsabilidad de reembolso de terceros. Además, autorizo a todos los médicos o centros de atención médica que me han prestado atención y servicios en el pasado a divulgar toda la información médica a Helms Home Care cuando sea necesario para establecer o continuar mi plan de atención. Se me ha informado de que ciertos organismos gubernamentales, de concesión de licencias y de acreditación podrían llevar a cabo revisiones de mis registros como parte de procesos de estudios y en lo que respecta a la divulgación de mi información médica, registros u otro tipo de información confidencial a representantes del Departamento de Recursos Humanos, División de Servicios de Instalaciones, División de Asistencia Médica, etc., u otras agencias médicas y que tengo derecho a oponerme por escrito a la divulgación de dicha información.

## **AUTORIZACIÓN DE PAGOS Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO**

Entiendo que Helms Home Care no está autorizado a contactar a mi proveedor de seguro, ni es responsable de hacerlo, para obtener autorización previa de beneficios o pagos por servicios prestados. Entiendo que Helms Home Care no me facturará a mí ni a mi proveedor de seguro directamente y que el pago de los beneficios autorizados por los servicios prestados por Helms Home Care es responsabilidad de mi proveedor de farmacia especializada. Entiendo que Helms Home Care no puede contestar preguntas sobre beneficios o financieras relacionadas a la atención recibida. Por lo tanto, me pondré en contacto con mi proveedor de farmacia o proveedor de seguro con respecto a todas las inquietudes financieras relacionadas. Además, entiendo que esta asignación de beneficios no me libera a mí ni a otras partes responsables de la responsabilidad de toda deuda en virtud del presente hasta que esta se pague en su totalidad.

## ACERCA DEL DERECHO A EXPRESAR QUEJAS

Usted tiene el derecho y la responsabilidad de expresar su inquietud, insatisfacción o presentar quejas sobre los servicios que recibe o **no** recibe sin temor a sufrir represalias o discriminación. Existe un proceso para garantizar que su inquietud sea examinada y se inicie una investigación en el plazo de un día laborable. Se hará todo lo posible por resolver todas las inquietudes o quejas en un plazo de 5 a 10 días laborables. Se le mantendrá informado por teléfono del estado de la investigación y, si lo desea, podrá solicitar un informe por escrito cuando se determine una resolución.

Le animamos a que comente sus inquietudes **directamente** con nosotros llamando al **704-802-9655** o enviando un correo electrónico a [quality@helmshomecare.com](mailto:quality@helmshomecare.com). Si llama, pida hablar con un gerente clínico, supervisor o director.

Si siente la necesidad de comentar o de elevar sus inquietudes, insatisfacción o queja, puede hacerlo poniéndose en contacto con el estado en el que se prestaron sus servicios.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Estado de Carolina del Norte</b></p> <p>Unidad de Admisión de Quejas<br/>2711 Mail Service Center, Raleigh, NC 27699</p> <p><b>Línea directa:</b> (800) 624-3004<br/>Teléfono: (919) 855-4500<br/>Fax: (919) 715-7724</p>                                                                      | <p><b>Estado de Kentucky</b></p> <p>Oficina del Defensor del Pueblo<br/>275 E. Main St., Frankfort, KY 40621</p> <p><b>Línea directa:</b> (800) 372-2973<br/>Teléfono: (502) 564-5497<br/>Fax: (502) 564-9523<br/><a href="mailto:CHFS.Listens@kv.gov">CHFS.Listens@kv.gov</a></p>                                                                                                                                          |
| <p><b>Estado de Carolina del Sur</b></p> <p>Departamento de Salud y Control Ambiental<br/>(Department of Health and Environmental Control,<br/>DHEC), Oficina de Licencias de Centros de Salud<br/>2600 Bull Street, Columbia, SC, 29201</p> <p>Teléfono: (803) 545-4370<br/>Fax: (803) 545-4212</p> | <p><b>Estado de Virginia</b></p> <p>Oficina del Defensor del Pueblo<br/>24 E Cary St. Richmond, VA 23219<br/>Teléfono: (800) 989-2286 / (804) 343-3000</p> <p>Departamento de Salud de Virginia,<br/>Unidad de Quejas<br/>9960 Mayland Drive, Ste. 401, Henrico,<br/>VA 23233-1463</p> <p><b>Línea directa:</b> (800) 955-1819<br/><a href="mailto:OLC-Complaints@vdh.virginia.gov">OLC-Complaints@vdh.virginia.gov</a></p> |
| <p><b>Estado de Indiana</b></p> <p>Línea de reporte de quejas: 1-800-246-8909<br/><a href="mailto:complaints@isdh.in.gov">complaints@isdh.in.gov</a></p>                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p><b>Socio de Acreditación de Salud Comunitaria (Community Health Accreditation Partner, CHAP)</b></p> <p><b>1-800-656-9656</b></p>                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |