



ARMC PAQUETE DE INFORMACION PARA EL PACIENTE/ A LA HORA DE INGRESO

Nuestra misión es proveer atención médica de calidad a la comunidad

SUS DERECHOS COMO PACIENTE EN ARROWHEAD REGIONAL MEDICAL CENTER

Tocante ARMC: Un hospital premier en el Sur de California. ARMC está localizado a 50 millas al este de Los Angeles al pie de las Montañas de San Bernardino. ARMC fue fundado como un hospital de caridad en 1877. Hoy en día es más nuevo, progresivo, que cuenta con 456 camas además de servir como un hospital de enseñanza con un Centro de Trauma de Nivel II y un Centro de Quemaduras. El hospital está convenientemente localizado cerca de la autopista 10, a pocos minutos de distancia de varias ciudades importantes y atracciones en el Sur de California.

Nuestra Meta:

Nuestro objetivo es brindarle una atención médica de calidad que sea de su satisfacción. Si usted tiene una inquietud o una queja sobre el servicio, favor de dejarnos saber. Recuerde, que si no sabemos de sus inquietudes, no podremos cuidar de usted.

Servicios de Comunicación: Para asegurarnos de una efectiva comunicación con los Pacientes y sus Acompañantes que son sordos o con dificultad para escuchar, proporcionamos audífonos auxiliares y servicios de forma gratuita, tales como: lenguaje de señas intérpretes orales, servicios de interpretación de video a distancia, TTY, tomadores de notas, servicios de transcripción en tiempo real asistida por ordenador, materiales por escrito, amplificadores de teléfono conjunto de la mano, dispositivos de ayuda auditiva y sistemas, teléfonos compatibles con audífonos, televisión con subtítulos o la capacidad de subtítulos decodificadores y subtitulado abierto y cerrado de la mayoría de los programas de ARMC. Los servicios están disponibles las veinticuatro (24) horas al día, siete días a la semana. Favor de pedir asistencia a su enfermera o a otro personal de ARMC, o comuníquese con el Coordinador ADA al (909)580-1000 (voz o TTY).

Para resolver un problema, queja o reclamo:

Primero, pídale ayuda a su doctor o a la enfermera. A menudo su problema se puede resolver inmediatamente. Si usted no está satisfecho o si otras personas necesitan estar involucradas, el supervisor será contactado. Si es posible, el supervisor resolverá el reclamo o lo referirá a la persona que pueda. Usted se puede comunicar con el Coordinador de Reclamos al (909) 580-3535 o por correo electrónico patientadvocate@armc.sbcounty.gov si es que usted desea hacer un reclamo formal.

Los reclamos también pueden ser dirigidos con el **Estado de California**

Departamento de Salud Pública, Licencias y Certificación, Oficina del Distrito de San Bernardino

464 W. 4th Street, Suite 529

San Bernaridno, CA 92395

1-855-804-4205

CDPH_LNC_SFS@cdph.ca.gov

SUS DERECHOS COMO PACIENTE... (con't)

Responsabilidades del Paciente

Usted es responsable de:

- Proporcionar a su cuidador información completa y precisa sobre su salud y su historial médico.
- Hacer preguntas a sus cuidadores cuando usted no entiende el tratamiento que está recibiendo o por qué?
- Cooperar de una manera considerada y cortés con el personal del hospital.
- Tener consideración con los otros pacientes.
- Asistir a todas sus citas programadas.
- Hacer los arreglos apropiados para pagar por los servicios recibidos y cumplir con tales arreglos.

Los pacientes o sus representantes tienen el derecho a:

- Participar en el desarrollo e implementación de su plan de atención.
- Hacer que su representantes (como sea permitido bajo la ley del estado) tome decisiones informadas tocante su cuidado. El derecho de los pacientes incluye ser informado de su estado de salud, a ser involucrado con el tratamiento y la planificación de cuidado, y a ser capaz de solicitar o rechazar el tratamiento. El médico informa al paciente o a sus representantes sobre las consecuencias médicas de su rechazo a cualquier tipo de drogas, tratamiento o procedimiento. Este derecho no debe ser interpretado como un mecanismo para exigir la provisión tratamiento o servicios considerados medicamente innecesarios o inapropiados.
- Formular directivas avanzadas y hacer que el personal del hospital y los médicos que ofrecen la atención en el hospital cumplan con estas directivas.
- Tener a un miembro de la familia o representante de su elección, y su propio médico se les notifique rápidamente de su admisión al hospital.
- Recibir atención en un ambiente seguro.
- Estar libre de toda forma de abuso o acoso.
- La confidencialidad de sus registros clínicos relacionados con el cuidado del paciente y la estancia en el hospital. En la medida requerida por la ley, permiso por escrito deberá ser obtenido antes de que los registros médicos puedan estar disponibles a cualquier persona no relacionada directamente con el cuidado del paciente. El paciente recibirá por separado una copia de "Aviso de Prácticas de Privacidad" que explica sus derechos privados en detalle y cómo podríamos utilizar y divulgar su información protegida de su salud.
- Estar libre de restricciones de cualquier tipo que no sean médicamente necesarios o que se utilizan como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia por parte del personal.
- Ser plenamente informado y dar su consentimiento o negarse a participar en cualquier proyecto inusual, experimentales o de investigación sin comprometer su acceso a los servicios.
- Tener ayuda para obtener la consulta con un médico que no sea el médico tratante;
- Dejar el hospital aún contra el consejo de los médicos en la medida permitida por la ley.

SUS DERECHOS COMO PACIENTE... (con't)

- Recibir toda la información tocante cualquier propuesta de tratamiento o procedimientos como sean necesarios con el fin de dar su consentimiento o a rehusar un curso de tratamiento. Excepto en emergencias, esta información deberá de incluir una descripción del procedimiento o del tratamiento, los riesgos médicos significativos envueltos en este tratamiento, cursos alternativos de tratamientos o no-tratamientos y los riesgos involucrados en cada uno y saber el nombre de la persona que llevará a cabo el procedimiento o tratamiento.
- Saber el estatus profesional de la persona proporcionando sus servicios de atención.
- Saber las razones por cualquier cambio propuesto en la Profesión del Personal responsable por su atención.
- Saber las razones de su traslado ya sea dentro o fuera del hospital.
- Saber las relaciones del hospital a otras personas u organizaciones que participan en la provisión de su cuidado.
- Acceso al costo, y se detallarán cuando sea posible, de los servicios prestados dentro de un período razonable de tiempo.
- Examinar y a recibir una explicación de la factura independientemente de la fuente de pago, incluyendo información tocante la fuente del reembolso del establecimiento por sus servicios, y de cualquier limitación que podría colocarse sobre su cuidado.
- Ser informado de la fuente de reembolso del hospital por los servicios, y de cualquier limitación que puede ser colocada en su cuidado.
- Ser informado de su derecho a tratar su dolor con la mayor eficacia posible.
- Recibir la educación necesaria para comprender su dolor y su tratamiento.
- Tener acceso al contenido de su historial clínico dentro de un tiempo razonable. El hospital debe frustrar los esfuerzos legítimos de las personas a tener acceso a sus propios registros médicos y debe buscar activamente para satisfacer estas solicitudes tan pronto como es el permiso de registro del sistema de mantenimiento.
- Recibir un aviso de su derecho de salida de beneficiarios y el aviso de derechos de no-cobertura. Recibir una copia de su derecho a apelar una salida prematura.
- Recibir una evaluación apropiada del dolor y el manejo óptimo del dolor.
- Saber que el hospital debe contar con políticas escritas y procedimientos tocante los derechos de la visita de los pacientes, incluyendo aquellas que establecen alguna restricción o limitación clínicamente necesaria o restricción razonable o limitación que el hospital puede que tenga que poner en sus derechos y la razón de la restricción o limitación clínica. El hospital debe de:
 - Informarle a cada paciente (o persona de apoyo, cuando sea apropiado) de sus derechos de visita, incluyendo cualquier restricción clínica o limitación a tales derechos, cuando se le ha informado de sus otros derechos bajo esta sección.
 - Informarle a cada paciente (o persona de apoyo) cuando sea apropiado del derecho, sujeto a su consentimiento, para recibir visitas a las que hayan designado, incluyendo pero no limitado a un cónyuge, una persona doméstica (incluyendo a una pareja doméstica del mismo sexo), otro miembro de la familia, o un amigo, y su derecho a retirar o negar tal consentimiento a cualquier hora.

SUS DERECHOS COMO PACIENTE... (con't)

- Sin restringir, limitar o de otra manera negar los privilegios de visita sobre la base de raza, color, origen nacional, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual, o discapacidad.
- Asegurarse de que todos los visitantes disfruten de los plenos privilegios de visita iguales en coherencia con las preferencias del paciente.
- La familia del paciente tiene el derecho de consentimiento informado para la donación de órganos y tejidos.
- Han proporcionado a los pacientes terminales y a sus familiares todas las medidas para garantizar la comodidad mediante el tratamiento de los síntomas, el tratamiento del dolor y el reconocimiento de los problemas psicológicos, sociales, emocionales, culturales y espirituales.
- Continuidad razonable de la atención y a conocer la hora y el lugar de la cita, así como la identidad de las personas que ofrecen la atención.
- Ser informado de las necesidades continuas de atención médica después del día de alta del hospital y los medios para satisfacerlas.
- Seleccionar cualquier proveedor de cuidado extendido post-hospitalarios, siempre y cuando puedan proporcionar la atención adecuada necesaria, como cuidados paliativos, la atención de salud en el hogar y en un asilo de ancianos.
- Saber cuales reglas y políticas del hospital aplican a su conducta mientras usted es un paciente.
- Tener acceso a un intérprete o dispositivos de asistencia de comunicación.
- Calidad, considerado y cuidado respetuoso por un personal competente y esperar que las normas profesionales se mantengan continuamente.
- El ejercicio de estos derechos sin tener en cuenta el sexo, la situación económica, antecedentes educativos, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, orientación sexual o estado civil, o la fuente del pago por la atención.
- Atención considerable y respetuosa.
- Recibir información sobre la enfermedad, la fuente de tratamiento y las perspectivas de la recuperación en términos que el paciente pueda entender.
- Que apliquen todos los derechos de los pacientes a la persona que puede tener la responsabilidad legal para tomar decisiones tocante el cuidado médico por medio del paciente.
- Ser informado del proceso de quejas incluyendo a quién dirigirse para presentar una queja formal. El número del defensor del paciente es (909) 580-3535.
- Ser informado de que si no están satisfechos con la calidad del cuidado que han recibido, pueden contactarse con: **California Department of Public Health, 464 West 4th Street, Suite 529, San Bernardino, CA 92401. (909)383-4777.**

Y/O

Office of Quality and Patient Safety

The Joint Commission

One Renaissance Boulevard

Oakbrook Terrace, Illinois 60181

Fax: (630) 792-5636

Email: <mailto:patientsafetyreport@jointcommission.org>

CODIGO AZUL

SER INFORMADO: La experiencia ha demostrado a la comunidad médica que muchos pacientes y sus familiares no están conscientes de una básica política decisión muy importante que podría ser necesaria de ser realizada tocante el tratamiento de pacientes hospitalizados-que si se debe o no resucitar. Todos los pacientes hospitalizados recibirán la resucitación cardio pulmonar (CPR) como tratamiento de la parada cardiorrespiratoria, a menos que una orden “No Resucitar” esté por escrito antes del paro cardíaco. Usted podría un día enfrentarse con la decisión-ya sea usted o un ser querido deberá recibir una resucitación. Nos damos cuenta de que esta decisión no será fácil; por lo tanto, la siguiente información ha sido proporcionada para definir frecuentemente términos de uso y para contestar algunas de sus preguntas.

RESUCITACION CARDIOPULMONAR: Este es un procedimiento de emergencia que consiste en respiración artificial y compresiones torácicas manuales realizadas para reviver al paciente que no tiene latido del corazón y que no está respirando.

CODIGO AZUL: Este código es utilizado para describir la llamada para un equipo especial de doctores, enfermeras y técnicos para empezar CPR, para dar medicamentos y activar el equipo de emergencia cuando un paciente desarrolla un paro cardiopulmonar. La llamada de auxilio se envía por el sistema de megafonia y por medio de beepers.

NO-CODIGO AZUL: Este es un término del hospital para “No Resucitar”. Es una orden por escrito emitida por el doctor del paciente indicando que el deseo del paciente no empiece CPR cuando se ha dejado de respirar o cuando la actividad del corazón ha parado. El paciente y la familia serán completamente informados de los detalles de ambos, enfermedad y pronóstico del paciente. En caso de que la decisión se haga de NO realizar CPR, entonces y sólo entonces, el doctor escribirá la orden de “No Resucitar”. Esa orden puede ser cambiada. La condición del paciente es revisada por lo menos cada 24 horas, y con frecuencia más a menudo. “NO CODIGO” no significa que la atención médica o de enfermería serán negados. Al contrario, la mayoría del cuidado y comodidad continuará siendo proporcionada.

ENFERMEDAD TERMINAL: Esto describe a un paciente diagnosticado como incurable. El paciente podría estar despierto, alerta, e incurable, o podría estar en un estado vegetativo persistente; e incurable.

CRITICAMENTE ENFERMO: Esto describe a un paciente que está peligrosamente enfermo pero que podría muy bien sobrevivir y recuperarse por completo.

INTUBACION: Este es un proceso en el cual un tubo flexible de plástico es introducido en la tráquea por medio de la boca o nariz para así suministrar oxígeno y permitir la aspiración de secreciones. Esto podría ser necesario si es que el paciente no pudiese respirar por sí mismo.

RESPIRADOR O VENTILADOR: Esta es una máquina utilizada para substituir o para asistir con la respiración cuando el paciente no puede respirar eficazmente por sí mismo. La máquina está haciendo la respiración por el paciente. Sin el respirador o el ventilador, el paciente puede dejar de respirar.

MARCAPASOS: Este es un dispositivo electrónico que envía un impulso eléctrico al corazón causando latidos del corazón. Un marcapasos externo puede ser necesario después de CPR si es que el corazón deja de latir con eficacia por sí mismo.

CODIGO AZUL... (con't)

TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL: Esto incluye cualquier procedimiento médico y/o máquina que sirve para apoyar o prolongar la vida del paciente. Existen maneras legales y reconocidas para que una persona adulta exprese por escrito sus preferencias tocante iniciación, mantenimiento, y/o el retiro del tratamiento de soporte vital.

DEFIBRILACION: Este es un tratamiento eléctrico que corrige el corazón cuando no está latiendo correctamente. Esto podría ser parte de CPR. Esto se logra mediante el uso de dos 'paletas' redondas de metal colocadas en el pecho. Cuando el doctor o la enfermera presiona el botón, un breve impulso eléctrico será dado de alta al Corazón y puede restaurar el ritmo cardíaco normal del paciente.

Esperamos que esta información le haya proporcionado respuestas a algunas de sus preguntas. Nuestros doctores y enfermeras están siempre disponibles a discutir esto con usted. ¡Nos preocupamos por usted!

{Source: Prepared by the professional Practice Committee, Department of Nursing, ARMC}

REV. 03/1999

CLINICA PARA DEJAR DE FUMAR

El programa para dejar de fumar es una serie de tres (3) sesiones de dos horas ofrecidas cada mes. Las sesiones son los primeros tres (3) días martes del mes de 2:00-4:00p.m.

Consejería en grupo por Médicos y Practicantes de Enfermería

Localizado en Arrowhead Regional Medical Center (ARMC), 400 N. Pepper Ave., Colton, CA 92324
(el cuarto del lugar varía)

Tratamiento con medicamentos es recomendado y está disponible dependiendo en la elegibilidad. ¡La mayoría de las personas califican! (Los medicamentos que se ofrecen son: Zyban, Parches de Nicotina y Chantix).

¿COMO ME PUEDO INSCRIBIR?

Para las fechas de las clases y elegibilidad: favor de llamar al (909) 580-6167

¿COMO PUEDO PARAR?

- Algunos fumadores no paran porque DICEN que les falta la fuerza de 'voluntad'. Dejar de fumar con éxito NO es cuestión de voluntad; pero su complacencia de tratar maneras nuevas para manejar la vida SIN fumar. Llamamos el problema 'resolviendo el problema' o 'desarrollo de habilidades'. Le ayudaremos a estar más consiente de su propia 'función' y de mejores maneras de manejarlas sin fumar.
- **¡No hay forma de una magia para dejar de fumar!** – PERO-existen una variedad de 'herramientas' que usted puede aprender para ayudarle a tener más control de la situación. Esperamos poder ayudarle a aprender algunas de estas ideas.

CLINICA PARA DEJAR DE FUMAR... (con't)

ALGUNAS COSAS EN QUE PENSAR ANTES DE SU PRIMERA CLASE DE ‘CLINICA PARA DEJAR DE FUMAR’

- **Reconocer** que es posible que tenga un pequeño contratiempo, pero eso NO quiere decir que usted es un fumador de Nuevo.
- **Planee** cómo EVITAR fumar en una situación repetitiva, que le cause una recaída
- **No vea hacia atrás** – Piense acerca su ESFUERZO que ya ha invertido para dejar de fumar y continuar así.
- **Dígase así mismo** – “No voy a permitir que este esfuerzo se vaya al desperdicio. ¡Todavía seguiré siendo un no-fumador!”

CONSEJOS RAPIDOS PARA DEJAR DE FUMAR

¿Cuáles son los riesgos de fumar?

- Los fumadores mueren 5-8 años más pronto que la gente que no fuma. El Tabaco es la principal causa de muerte evitable en los Estados Unidos.
- Los fumadores y sus familiares tienen dos-veces mayores riesgos de una enfermedad fatal del Corazón, y una dos-a-tres veces mayores riesgos a úlceras en el estómago, y más posibilidades de muchos tipos de cáncer, además de sólo el cáncer de pulmón (garganta, boca, esófago, pancreático, riñón, vejiga, cervical).
- El fumar le da ‘delicados’ huesos por lo que son más propensos a sufrir fracturas óseas, conocidas como ‘osteoporosis’.
- Los fumadores y sus familiares y mascotas tienden a tener resfriados y otras infecciones respiratorias más que los no-fumadores.
- Aumentar la presión arterial es otro peligro de fumar.
- El fumar también complica el trastorno de dormir y síndromes crónicos de dolor.
- El fumar también afecta a las mujeres embarazadas y a sus niños por nacer. Madres fumadoras tienen un mayor riesgo de aborto involuntario y nacimiento de un niño muerto. Es la principal causa evitable de muerte fetal y las enfermedades .
- Los bebés de fumadores pesan menos al nacer. También tienen más infecciones respiratorias, mayor riesgo de infecciones crónicas del oído y pobres funciones pulmonares.

¿Qué pasa con mi cuerpo después de que deje de fumar?

¡Su cuerpo empezará a sanar y a limpiarse por sí mismo dentro de las primeras 12 horas! Sus pulmones y Corazón comienzan inmediatamente a reparar el daño causado como el nivel de la nicotina y el monóxido de carbón disminuya rápidamente. Dentro de los primeros 2-4 días su sentido del gusto y el olfato retornará. Usualmente el ‘truco del fumador’ desaparecerá durante este tiempo, y usted notará que puede respirar más fácil. Usted se sentirá más energético, fuerte, y de mentalidad lógica. ¡Felicidades!

Por supuesto, no todos se sentirán tan maravillosos al dejar de fumar. Algunas personas experimentarán síntomas de abstinencia, tal como nerviosismo, mal genio, deseo por la nicotina ‘estimulo’, retención de líquidos, o dolor de encías y lengua. Estos síntomas son temporáneos e indica a su cuerpo que está dejando el hábito. Usted podrá necesitar apoyo extra durante este tiempo.

CLINICA PARA DEJAR DE FUMAR... (con’t)

PRIMERO: ¡PREPARESE PARA DEJAR DE FUMAR!

- Haga una lista de todas las razones por la cual usted quiere dejar de fumar.
- Observe cuándo y por qué fuma. Trate de identificar los 'factores' en su vida diaria que hace a que usted quiere fumar. ¡Tenga un plan de manejo antes de dejar de fumar!
- Cambie sus hábitos de fumar. Fume otra marca diferente, utilice su mano contraria. Haga el fumar inconvenientemente mientras se encuentre en casa.
- Cuando usted quiere un cigarrillo, tárdese un minuto.
- Establezca una fecha para dejar de fumar. Escoja una fecha cuando haya un poco de estrés en su vida como sea posible. Dígaselo por lo menos a una otra persona.

SEGUNDO: ¡HAGA SU DIA ESPECIAL PARA DEJAR DE FUMAR!

- Planifique el día para que sea diferente a un día típico. Desayune en un lugar Nuevo o salga a correr primeramente por la mañana.
- Tire todos sus cirarrillos, ceniceros y encendedores.
- Cuando usted tenga las ansias de fumar-recuerde las 4-Ds: ¡Tome agua, Respire profundo, Retrasar, Haga algo más!
- Cargue cualquier substituto con usted (chicle, dulce duro, etc)
- Dígale a sus amigos que usted ha dejado de fumar y dígales cómo le pueden ayudar.
- ¡Sea específico. Haga una apuesta con un amigo de que usted puede dejar de fumar, guarde en un lado el dinero que usted esta ahorrando al no fumar-es una fortuna!

TERCERO: PROBLEMA-¡COMO RESOLVER MANTENERSE SIN FUMAR!

- Dejar de fumar requiere cambios de estilos de vida. Por ejemplo, cepíllece los dientes después de comer, salga a caminar a la hora más difícil del día, y júntese con sus amigos en lugares en donde 'no se fuma'.
- No se preocupe si usted está más irritable de lo normal: estos síntomas se pasarán. Tratamientos de medicamentos tales como Remplazos de Nicotina (chicle o parches) y una píldora especial llamada 'Zyban' le puede ayudar.

CLINICA PARA DEJAR DE FUMAR... (con't)

- Sea más activo físicamente. Esto es muy importante en el tratamiento de adicciones. El ejercicio le ayudará a sentirse mejor y a mantener las libras fuera. Algunos fumadores sí aumentan de peso mientras están dejando de fumar, pero no todos los fumadores. Usted deberá aumentar 100 libras extras para estar igual de enfermiso como un fumador.
- Si usted fuma en bares, evite ir ahí durante las primeras semanas y/o meses mientras está tratando de dejar de fumar. Más adelante, cambie las bebidas para ‘mezclar’ la relación entre el Tabaco y el alcohol.
- Coma comida regulares para evitar el hambre y los dulces. Sintiendo hambre a veces se confunde con el deseo de fumar. Cuando coma bocadillos, coma los bocadillos bajos en calorías, como palomitas de maiz o vegetales frescos.

REV. 08/2015

HIGIENE DE LAS MANOS SALVA VIDAS – Guía del Paciente

La higiene de manos es una forma #1 para prevenir la propagación de infecciones

Usted puede tomar medidas practicando la higiene de manos regularmente y pidiéndole a las personas a su alrededor que la practiquen también. Usted y sus seres queridos deberán de lavarse las manos muy seguido, especialmente después de haber tocado objetos o superficies en la habitación del hospital, antes de comer y después de usar el baño. Su proveedor de cuidado de la salud deberá practicar la higiene de las manos cada vez que entren a su habitación.

Sólo se toman 15 segundos para utilizar ya sea agua y jabón o un desinfectante para manos a base de alcohol para matar los gérmenes que causa las infecciones. Use agua y jabón cuando sus manos se ven sucias; de otra manera, usted puede utilizar el desinfectante para manos a base de alcohol. Usted, sus seres queridos y sus proveedores de cuidado de la salud deben también practicar la higiene de las manos.

Para prevenir las infecciones del hospital – Los pacientes de los hospitales de Estados Unidos obtienen casi 2 millones de infecciones cada año. ¡Eso es alrededor de 1 infección por cada 20 pacientes! Las infecciones que se adquieren en el hospital pueden ser una amenaza para la vida y difíciles de tratar. Todos los pacientes están en riesgo por estas infecciones de hospitales. Usted puede tomar medidas pidiéndole a ambos, a su proveedor de cuidado y a sus seres queridos a que se laven las manos.

Hacer una diferencia en su propia salud – La higiene de manos es una manera más importante para prevenir la propagación de infecciones, incluyendo el resfriado común, gripe, infecciones e incluso infecciones difíciles-de-tratar, tales como Staphylococcus aureus resistente a la meticilina, o MRSA.

| | |
|--|--|
| <p align="center">Usted y su Familia/Visistantes Deberán de Practicar la Higiene de las Manos</p> | <p align="center">Proveedores de la Salud del Cuidado Deberán de Practicar la Higiene de las Manos*</p> |
|--|--|

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Antes de preparar o de comer comida. | <ul style="list-style-type: none"> • Cada vez que entren en su habitación. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Antes de tocarse los ojos, nariz o la boca. | <ul style="list-style-type: none"> • Antes de ponerse los guantes. • [El uso de guantes no es suficiente para prevenir la propagación de infecciones]. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Antes y después de cambiar el apósito y vendajes de una herida. | <ul style="list-style-type: none"> • Después de quitarse los guantes. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Después de sonarse la nariz, toser o estornudar. | <p>* Si usted ya padece de una infección, sus proveedores de la salud podrían tomar precauciones especiales (precauciones de aislamiento) para prevenir la propagación de sus infecciones a las otras personas. Podrían entrar a su habitación usando equipo de protección (ejemplo: guantes, bata o máscara). Usted no deberá pedirles que se laven las manos porque ya debieron haberlo hecho antes de haberse puesto los guantes.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Después de haber tocado superficies en el hospital tales como las barandillas de la cama, mesitas de noche, perillas de las puertas, control remotos, o el teléfono. | |

INSTRUCCIONES PARA LA HIGIENE DE LAS MANOS:

| Con agua y jabón | Con desinfectante para manos a base de alcohol |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Mójese las manos con agua tibia. Utilice el jabón líquido si es posible. Aplique una cantidad de jabón en sus manos del tamaño de una moneda de a cinco o de una cora. 2. Frótese las manos hasta que el jabón se haga espuma y luego frótese hasta la parte de arriba de sus manos, entre sus dedos y en el área alrededor y debajo de sus uñas. 3. Continúe frotándose las manos por 15 minutos. ¿Necesita un minutero? Imagínese cantando la canción “Feliz Cumpleaños” dos veces. 4. Enjuágese bien las manos bajo la corriente del agua. 5. Séquese las manos con una toalla de papel si es posible. Luego utilice la toalla de papel para cerrar la llave y para abrir la puerta si es necesario. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Siga las instrucciones en la botella para saber qué tanto producto utilizar. 2. Frótese las manos y luego frótese el producto hasta la parte de arriba de sus manos, entre sus dedos y el área alrededor y debajo de sus uñas. 3. Continúe frotándose hasta que sus manos estén secas. Si utilizo suficiente product para matar los microbios, se tomaran 15 segundos de estregar antes de que sus manos se sientan secas. Usted no debiera de enjuagarse las manos con agua ni secarselas con una toalla de papel. |

HIGIENE DE LAS MANOS... (con't)

Utilice agua y jabón

Utilice desinfectante para manos a base de alcohol

- Cuando sus manos se ven sucias.
- Después de usar el baño.
- Antes de comer y de preparar la comida.
- * Cuando sus manos no se ven sucias.
- * Si el agua y jabón no están disponibles.

Los productos que matan los microbios deberán de contener un 60% a 95% de etanol o isopropanol (tipo de alcohol), son de acción rápida y conveniente.

Usted puede hacer una diferencia con su propia salud

- Los proveedores del cuidado de la salud saben que deben de practicar la higiene de las manos, pero a veces se olvidan. La mayoría le dan la bienvenida a su amistoso recordatorio.
- Pídale a los proveedores del cuidado de la salud a que practiquen la higiene de las manos de una manera cortés-dígalos que usted sabe qué tan fácil es para que las personas se infecten en el hospital y que a usted no le gustaría que le pasara.

CDC acknowledges the following partners in the development of the Hand Hygiene Saves Lives video: the Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology and Safe Care Campaign. This information was developed with support from the CDC Foundation and Kimberly-Clark Corporation.

INFORMACION DE LOS SERVICIOS FINANCIEROS DEL PACIENTE

ARMC ofrece asistencia financiera a personas basadas en ingresos, bienes y necesidades. Si usted no cuenta con un seguro médico, tiene gastos- médicos- excesivos fuera de su bolsillo, o se preocupa de que no podrá pagar por su cuidado, nosotros podríamos ayudarle.

El Programa de Ayuda Financiera en ARMC ofrece asistencia para todas sus cuentas pendientes. Elegibilidad a este programa le da derecho a continuar recibiendo cuidado ya sea gratis o por una tasa reducida, y ponerla en un acuerdo de pagos por mes por el balance que usted pueda deber. La cantidad mensual de pago acordada es basada en su “abilidad para pagar.” Favor de tener cuidado que ARMC podría enviar cualquier recibo médico aún sin pagar a una agencia de colecciones y que esto podría resultar efecto negativo en su calificación de crédito. Requisitos para asistencia financiera con arreglos de pagos lo protegerá del reporte de crédito negativo, embargos de salarios, derecho de retención que se colocan en contra de su residencia principal.

Usted puede aplicar en persona en el Edificio de Consultorios Médicos, en el Departamento de las Cuentas de los Pacientes localizado en el 2do piso, suite #215. El escritorio de recepción está abierto de lunes a viernes entre las horas de 8:00a.m. y 5:00p.m. (excepto días feriados). También usted puede obtener información llamando al 1-877-818-0672 de lunes a viernes entre las horas de 9:00a.m. y 4:00p.m. (excepto días feriados).

Rev. 03/2014

SU DERECHO A TOMAR UNA DECISION SOBRE EL TRATAMIENTO MEDICO

Esta información explica sus derechos para tomar decisiones de atención médica y cómo puede planear sobre lo que se debe de hacer cuando usted no puede hablar por sí mismo. Una ley federal nos requiere que le demos esta información. Esperamos que esta información podrá ayudar a aumentar el control sobre su tratamiento médico.

¿QUIEN DECIDE SOBRE MI TRATAMIENTO MEDICO? Su doctor le dará información y consejo sobre el tratamiento. Usted tiene el derecho a elegir. Usted puede decir ‘Sí’ a los tratamientos que usted quiere. Usted puede decir ‘No’ a cualquier tratamiento que usted no desea-aún si el tratamiento podría prolongarle más la vida.

¿COMO SE LO QUE QUIERO? Su doctor debe informarle sobre su condición médica y sobre qué tratamientos diferentes pueden hacer por usted. Algunos tratamientos tienen ‘efectos secundarios’. Su doctor deberá ofrecerle información tocante problemas serios que el tratamiento médico es probable que le cause a usted. A menudo, más de un tratamiento podría ayudarle-y la gente tiene varias ideas tocante cual es mejor. Su doctor le podría informar cuando los tratamientos están disponibles para usted, pero su doctor no puede elegir por usted. Esa decisión depende en lo que es importante para usted.

¿QUE PASA CUNDO ESTOY MUY ENFERMO PARA DECIDIR? Si usted no puede tomar decisiones para su tratamiento, su doctor le pedirá a sus familiares más cercanos o a un amigo ayuda para decidir lo que es mejor para usted. La mayoría de las veces, eso funciona. Pero algunas veces no todos están de acuerdo con lo que se debe hacer. Es por eso que es servicial si usted dice con anticipación qué le gustaría que sucediera si usted no pudiese hablar por sí mismo. Existen varios tipos de ‘directivas avanzadas’ que usted puede usar para decir lo que usted desea y a quién usted desea para hablar en su nombre.

¿QUIEN PUEDE LLENAR ESTE FORMULARIO? Usted puede llenar este formulario si usted es mayor de 18 años y de mente sana. Usted no necesita de un abogado para llenarlo.

¿A QUIEN PUEDO NOMBRAR PARA QUE TOME DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO MEDICO CUANDO NO ESTOY EN CONDICIONES DE HACERLO? Usted puede elegir a un familiar adulto o a un amigo en el que usted confíe como su ‘agente’ para hablar por usted cuando usted se encuentre muy enfermo para tomar decisiones.

¿QUE PASA SI NO TENGO A NADIE PARA TOMAR DECISIONES POR MI? Usted puede utilizar otro tipo de directivas avanzadas para escribir sus deseos sobre su tratamiento. Esto a menudo se llama “testamento vital” porque entra en vigor mientras usted está vivo pero se ha vuelto incapaz de hablar por sí mismo. La Ley de California de Muerte Natural le permite firmar un testamento en vida que se llama DECLARACION. Cualquier persona mayor de 18 años y en su sano juicio puede firmar uno.

Cuando usted firma una DECLARACION, le dice a los doctores que no desea ningún tratamiento que sólo prolongaría su muerte. Todo tratamiento de soporte vital serían detenido si fuera una enfermedad terminal y que su muerte se espera en breve, o si usted se encuentra inconsciente permanentemente. Sin embargo,

SUS DERECHOS PARA TOMAR UNA DECISION... (con’t)

usted seguiría recibiendo tratamiento para sentirse comfortable. El doctor deberá seguir sus deseos sobre limitando el tratamiento o pasarle su tratamiento a otro doctor para que lo haga. Sus doctores están tan protegidos por la ley cuando siguen sus deseos.

¿DONDE PUEDO OBTENER EL FORMULARIO(S)? Un tipo de directivas avanzadas bajo la ley de California le permite nombrar a alguien para que tome decisiones de atención médica cuando usted no puede. Este formulario se llama PODER NOTARIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD.

En ARMC, una copia en blanco del formulario DIRECTIVA ANTICIPADA PARA LA ATENCION MEDICA se le puede imprimir por un recepcionista del hospital o de las clínicas. Este formulario le permite nombrar a otra persona como un agente para tomar decisiones sobre su atención médica por usted, define que califican como el agente en su nombre, y cubre las decisiones que el agente puede hacer en su nombre.

¿HAY OTROS TESTAMENTOS EN VIDA QUE PUEDO USAR? En vez de utilizar la DECLARACION en la Ley de Muerte Natural, usted puede utilizar cualquiera de los formularios de testamentos disponibles. Usted puede utilizar un formulario del PODER NOTARIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD sin nombrar a un agente. O, usted sólo puede escribir sus deseos en un pedazo de papel. Sus doctores y familiares pueden utilizar su escrito sobre su decisión sobre su tratamiento. Pero el testamento vital que no cumple con los requisitos de la Ley De

Muerte Natural no dan tanta protección legal para sus médicos si surgiera un desacuerdo acerca de seguir sus deseos.

¿QUE PASA SI CAMBIO DE OPINION? Usted puede cambiar o revocar cualquiera de estos documentos en cualquier momento, siempre y cuando pueda comunicar sus deseos.

¿TENGO QUE LLENAR UNO DE ESTOS FORMULARIOS? No. Usted no tiene que llenar cualquiera de estos formularios si usted no quiere. Usted sólo tiene que hablar con sus doctores y pedirles que escriban en su expediente médico lo que usted haya dicho. Y usted puede hablar con su familia. Sin embargo, la gente estará más clara acerca de los deseos de su tratamiento si usted los escribe, y sus deseos serán mejor seguidos conforme a sus deseos si están por escrito.

¿SEGUIRE RECIBIENDO TRATAMIENTO AUN SI NO LLENO ESTOS FORMULARIOS? Absolutamente. Usted seguirá recibiendo tratamiento médico. Sólo queremos hacerle saber si es que usted llega a estar demasiado enfermo para tomar decisiones, alguien más deberá tomarlas por usted. Recuerde que.

✓ UN PODER NOTARIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD le permite nombrar a alguien para tomar decisiones de tratamiento por usted. Esa persona puede tomar la mayoría de las decisiones médicas-no sólo aquellas sobre el tratamiento-de soporte vital-cuando usted no puede hablar por sí mismo. Aparte de nombrar a un agente, usted también puede utilizar el formulario para decir cuando usted quiere y no quiere tipos particulares de tratamientos.

✓ Si usted no tiene a alguien que desea nombrar para tomar decisiones cuando usted no puede, usted puede firmar una DECLARACION DE LA LEY DE MUERTE NATURAL. Esta DECLARACION dice que si usted

SUS DERECHOS PARA TOMAR UNA DECISION... (Con't)

no quiere tratamiento para prolongar su vida si estuviera enfermo terminal o permanente inconsciente.

¿COMO PUEDO OBTENER MAS INFORMACION SOBRE DIRECTIVAS AVANZADAS (CUIDADO DE LA SALUD)?

Pregúntele a su doctor, enfermera, o trabajador social a que obtengan más información para usted. Si ya ha proporcionado para tal situación mediante la firma de documentos legales, favor de decirle a su enfermera o doctor. Usted también deberá darles una copia de cualquier documento que haya firmado. Contamos con políticas formales que describen cómo nos aseguramos de que sus deseos se lleven a cabo.

Usted y su doctor pueden decidir que necesita cirugía, la cual se realiza en la sala de operaciones. En Arrowhead Regional Medical Center (ARMC), todos los esfuerzos apropiados de resucitamiento serán llevados a cabo si es necesario en ambos lugares, la sala de operaciones y en la sala de recuperación. Si usted ha dirigido que no sea resucitado, su petición será suspendida temporalmente mientras se encuentre en la sala de operaciones o en la sala de recuperación. Si no está de acuerdo con esto, su cirugía no se llevará a cabo en el ARMC y usted será asistido para hacer otros arreglos para la transferencia de su cuidado a otro doctor en otro hospital.

El departamento de Servicios Sociales proporcionará información específica a su petición. Para más información, llame (909) 580-6360. Las quejas tocante a los requisitos de la directiva avanzada pueden ser presentadas en California.

[Sources: The California Consortium on Patient Self-Determination prepared the preceding text which has been adapted by the California Department of Health Services to implement Public Law 101-508]

INFORMACION DE LAS PRUEBAS DEL VIH (HIV)

Una prueba del VIH podría ser ordenada durante su visita en el hospital. La primera prueba del VIH es un examen de anticuerpos para la exposición previa al virus de la inmunodeficiencia humana. Esta prueba de proceso para la presencia de anticuerpos contra el VIH-1 y VIH-2 que son las causas más comunes del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Si la prueba es negativa y su doctor tiene la sensación que usted está todavía en riesgo, una prueba de repetimiento deberá ser realizada. Si la prueba del VIH AB es indeterminada, esta prueba también deberá ser repetida.

Una prueba con resultado positivo será seguida con una segunda prueba para confirmar los hallazgos. Si la prueba para confirmar los hallazgos es también positiva, su médico discutirá las opciones numerosas disponibles de tratamientos.

Usted tiene el derecho a negarse a cualquier prueba de VIH.

Si usted tiene algunas preguntas tocante las pruebas del VIH o de sus resultados de una prueba, favor de contactar a su Médico de Atención Primaria (PCP), o hable con el médico proporcionando su cuidado hoy.

REV. 09/2015

INTERCAMBIO DE INFORMACION SANITARIA INLAND EMPIRE (IEHIE)

¿POR QUE EL INTERCAMBIO DE INFORMACION DE SALUD ES IMPORTANTE?

- Mejor atención al paciente debido a que un proveedor tiene una visión completa de los aspectos clave de su condición;
- Mejor calidad y seguridad de la atención cuando un proveedor no tiene que adivinar acerca de sus medicamentos, diagnósticos o alergias;
- Tiempo crítico ahorrado en la sala de emergencia, y;
- Menos probabilidad de pruebas o la duplicación de pruebas innecesarias

¿Qué es el IEHIE? El Intercambio de Información Sanitaria Inland Empire (IEHIE) es un sistema computarizado seguro para los doctores, hospitales, planes de salud y otros proveedores para compartir información importante de salud para mejorar la atención del paciente. IEHIE combina información de organizaciones separadas para crear un solo registro electrónico de salud de los pacientes, permitiendo a los proveedores a acceder rápidamente a la información que necesitan para tomar más decisiones informadas tocante a su cuidado, especialmente en una emergencia. Registros Médicos ya han sido compartidos por medio de fax, correo y correo electrónico. IEHIE lo hace más fácil, rápido, y más seguro para compartir esa información.

¿Qué clase de información se envía al IEHIE? El registro del paciente del IEHIE incluye alergias, alertas, historia de visitas (encuentros), medicamentos, citas, información de seguro médico, documentos clínicos, resultados de laboratorio, vacunas y reportes de radiología. Para asegurarse de que la información de la salud está introducida en el

Registro correcto; el sistema incluye nombre, dirección y la fecha de nacimiento, género, número de teléfono y números de expedientes médicos de los sitios de atención.

¿Quién tiene acceso a mi información en el IEHIE? Toda la información en el sistema es cifrada por lo que hace que se hace difícil de leer por los piratas informáticos (hackers) y se envía a través de una red privada. Sólo los proveedores, tales como doctores y hospitales, pueden utilizar el sistema. El sistema realiza un seguimiento de quién ha visto el historial de cada paciente, incluyendo cuándo se vio y qué partes específicas fueron contempladas. Los pacientes pueden pedir un reporte de esta información contactando al IEHIE o llenando el formulario de solicitud de auditoría en línea.

¿Podría yo tener acceso/ver mi propia información en el IEHIE? Sí. IEHIE incluye un portal de pacientes que le permite entrar en el sistema y ver información que su doctor ha publicado. Un portal del paciente es un sitio- web cuyo propósito le permiten acceso de forma segura/ver su información de atención médica, al igual que a proveer material educativo y otros recursos útiles. Una vez que el portal está disponible en su área, su proveedor o proveedores de otros participantes le pueden dar información sobre cómo acceder al sitio-web.

INTERCAMBIO DE INFORMACION SANITARIA INLAND EMPIRE... (con't)

¿Hay alguien a quien pueda preguntar si busco mi información médica y no la puedo encontrar? Su primera llamada deberá ser a su proveedor. El o ella deberá liberar su información de atención al portal del paciente al IEHIE con el fin de que la información le sea visible.

Si su proveedor ha liberado la información pero usted aún no la puede ver, usted deberá contactar al técnico del IEHIE al info@iehie.org

¿Qué hago si quiero ‘no tomar parte’ del sistema IEHIE? La manera más fácil para ‘no tomar parte’ del sistema IEHIE es llamando al IEHIE. La participación con el IEHIE es voluntario. Su elección tocante a su participación no afectará su habilidad al acceso a la atención médica. Como en cualquier sistema electrónico, hay un riesgo al acceso inautorizado o al mal uso de la información. Si usted cree que los riesgos mayores de los beneficios, usted podría elegir no participar o ‘NO TOMAR PARTE’. Cuando usted no toma parte, IEHIE retira el acceso a su información de salud y exhibe sólo información demográfica necesaria para asegurarse que la información de salud no sea visible. Usted puede ‘NO TOMAR PARTE’ del sistema a cualquier hora e IEHIE hace que sea muy fácil de hacerlo. Favor de ser consciente que el no tomar parte significa que su información médica no será visible por medio del IEHIE para ayudarle a su proveedor participante a coordinar su atención. Su proveedor también tendrá un formulario disponible para ‘NO TOMAR PARTE’ en el IEHIE. Ya una vez que usted decida ‘NO TOMAR PARTE’, ninguna de su información de salud será visible independientemente del sitio clínico que visita.

Usted podrá ‘OPTAR EN’ a cualquier hora si usted desea tener su información disponible otra vez en una fecha posterior. La opción de vuelta le permitira a toda su información a estar disponible una vez más al personal médico apropiado. Si usted ha decidido no tomar parte y desea optar de regreso, usted deberá notificar a su proveedor u hospital y completar el formulario requerido.

OBSERVACION: El Portal del paciente también proporciona al paciente con la habilidad de no tomar parte u optar en al IEHIE bajo la sección Consentimiento.

AVISO DE PRIVACIDAD: Usted está recibiendo este Aviso de Privacidad además del Aviso de Privacidad que usted ha recibido de parte de su proveedor del cuidado de la salud. El propósito de este aviso es para avisarle que el Intercambio de Información Sanitaria Inland Empire (IEHIE) podría facilitar el compartimiento electrónico de su información de salud personal entre sus proveedores del cuidado de la salud y planes de salud, a fin de que su tratamiento médico y pagos que son basados como registro completo como sea posible. Si usted no desea que su información personal de salud electrónica sea compartida entre su doctor y otros proveedores, solicite un formulario de ‘NO TOMAR PARTE’ por su proveedor, firme, escriba la fecha y regrese el formulario a su proveedor. O usted simplemente puede contactar al IEHIE directamente en el número o correo electrónico de abajo.

Usted puede no tomar parte a cualquier hora. Cuando usted decida no tomar parte en el IEHIE, su cuidador(es) necesitarán entonces solicitar una copia de sus registros para que sean transferidos por otras maneras tales como for fax o correo electrónico.

INTERCAMBIO DE INFORMACION SANITARIA INLAND EMPIRE... (Con’t)

Usted puede regresar a optar en a cualquier punto contactando al IEHIE o completando un formulario para 'OPTAR EN'. Toda la información de salud en el sistema luego estará disponible a su proveedor de su cuidado.

Inland Empire HIE, 3993 Jurupa Avenue, Riverside, CA 92506. Telefono: 951-686-1326

Fax: 951-686-1692; Correo Electrónico: info@iehie.org

REV. 03/2014

SU DERECHO A RECIBIR VISITA

Usted tiene el derecho a recibir visitantes y a designar a una persona a apoyarlo mientras usted recibe tratamiento en el hospital. No restringimos, límite, o de otra manera negar privilegios de visita basados en raza, color, origen nacional, sexo, orientación sexual, identidad de género, o incapacidad. Los visitantes disfrutan de los plenos privilegios de visita e iguales en consonancia con sus preferencias.

Sus derechos a tener visitas podrían ser limitadas o restringidas cuando las visitas interfieren con su cuidado y/o el cuidado de otros pacientes. Las circunstancias que pueden servir de base para imponer restricciones o limitaciones o limitaciones de los visitantes incluyen (pero no se limitan a) cuando:

- Puede haber problemas de control de infecciones
- Las visitas puede interferir con el cuidado de otros pacientes
- El hospital es consciente de que existe un contacto de orden de restricción judicial existente
- Los visitantes se involucran en un perturbador, amenazante o cualquier tipo de comportamiento violento
- El paciente o el compañero de habitación del paciente(s) necesita descanso o privacidad
- En el caso de un programa de tratamiento de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados, hay protocolos que limitan las visitas.
- El paciente está sometido a intervención de atención
- Las visitas son clínicamente contraindicada

Podríamos limitar el número de visitantes para cualquier paciente durante un período específico de tiempo, así como establecer la edad mínima exigida para los visitantes de niños cuando sea razonablemente necesario para proporcionar una atención segura.

Usted será informado sobre la razón de cualquier restricción o limitación de visitas.

El número de visitantes y la duración de las visitas pueden ser limitados en el establecimiento de cuidados específicos, tales como unidades de cuidados intensivos y áreas de recuperación post-operatorios/invasivos debido a sus necesidades de atención, el nivel de atención médica requerida, y el espacio de cabecera limitada.

Acceso de los visitantes a la zona general donde se olojan los recién nacidos y pacientes pediátricos es limitada debido a problemas de seguridad y la necesidad de proteger a estas poblaciones vulnerables.

Debido a las preocupaciones de cuidado y seguridad, no está permitido la visita durante la realización de procedimientos de alto riesgo quirúrgico, invasivo, o de otro tipo.

SU DERECHO A RECIBIR VISITA... (Con't)

Para proteger la privacidad del paciente, generalmente no se permiten las visitas cuando el paciente está recibiendo atención persona tal como cuando va al baño, o se está bañando, etc.

Usted tiene el derecho a:

- Dar consentimiento para recibir a los visitantes que usted ha designado, ya sea oralmente o por escrito, incluyendo pero no limitado a un cónyuge, pareja doméstica (incluyendo pareja doméstica del mismo sexo), otro miembro familiar, o a un amigo
- Retirar o negar su consentimiento para recibir visitas específicas, ya sea oralmente o por escrito a cualquier hora

SOBRE SU PERSONA DE APOYO: Una ‘persona de apoyo’ es alguien que puede ayudarle y proveerle apoyo emocional durante su tiempo con nosotros. Esta persona no necesariamente tiene que ser la misma persona como su representante (si usted tiene una) quien es legalmente responsable para tomar decisiones médicas en nombre del paciente.

Una persona de apoyo podría ser un miembro familiar, amigo, u otra persona que apoya al paciente durante el curso de su cuidado, tratamiento, o servicio.

No sólo puede el personal de soporte visitarlo, pero también puede ejercer sus derechos de visita en su nombre en relación con otro visitante si usted es incapaz de hacerlo.

HORAS DE VISITA & INFORMACION:

| ENTORNO DE ATENCION | OTRA INFORMACION |
|---|--|
| Departamento de Emergencia | La visita se limita a 2 personas a la vez |
| Areas de cuidados críticos | La visita se limita a 2 personas a la vez |
| Unidad de Cuidados Post-anestesia (Recuperación) | La visita se limita a 1 persona. No se permiten visitas menores de 14 años de edad. |
| Sala de Parto (L & D) | Personas de apoyo son bienvenidas de acuerdo a la preferencia de la mujer en parto. Hermanos supervisados pueden visitar. |
| Madre/Bebé y Recién Nacido Sala de Bebés (NBN) | Se les motiva a la visita a venir a la unidad de Madre/Bebé. Sólo los padres y personas con permiso de brazalete pueden visitar la Sala de Bebés recién nacidos. |
| Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (NICU) | La visita debe de tener por lo menos 14 años de edad. Los hermanos deben de tener por lo menos 3 años de edad <u>y</u> tener prueba de las vacunas actuales. |
| Pediatría | Un padre o persona de apoyo mayor de 18 años de edad pueden quedarse con el niño. |
| Salud Mental | La visita debe ser mayor de 18 años: Horas de visita: Entre semana de 6:00p.m. – 8:00p.m. Fines de semana y Días Festivos: 2:00p.m. – 4:00p.m. y 6:00p.m. – 8:00p.m. |

REV. 08/2014

SU DERECHO A LA ATENCION DE TRANSICION

Mientras es usted un paciente aquí en Arrowhead Regional Medical Center, usted tiene el derecho a solicitar una evaluación de su día de alta para asegurarse que usted está dejando el hospital sin peligro y para estar seguros de que usted recibirá el cuidado apropiado después de salir del hospital.

PLANIFICACION DE SU SALIDA: Desde el momento en que se le internó en Arrowhead Regional Medical Center (ARMC), nuestro personal trabaja en equipo para ayudarle con su salida. Varios miembros de su equipo de salida del hospital se encontrarán con usted durante su estancia en el hospital y revisarán la información tocante su atención post-hospitalaria en detalle.

Con el fin de proporcionar un plan de día de alta completo, favor de decirle a su enfermera y/o médico si usted tiene algunos obstáculos y/o barreras para regresar a su residencia anterior. Los obstáculos incluyen pero se limitan a lo siguiente:

- Vive solo con poco o sin un sistema de apoyo
- Requiere la colocación fuera del hogar debido a una condición física, mental y/o condición psiquiátrica.
- Incapaz de realizar necesidades de cuidado personal (ejemplo: bañarse, comer, cocinar, caminar, etc)

Para ayudar a coordinar las recomendaciones hechas por el equipo del cuidado de la salud, un miembro del departamento de Casos de Administración/Servicios Sociales trabajarán con y por usted y su familia para ayudarle a hacer arreglos para medical, necesidades físicas y emocionales que usted pudiera tener a medida que su cuidado continúe en otros entornos.

SERVICIOS DE RECURSOS: Llamando al 1-800-772-1213, usted puede utilizar los servicios del teléfono automatizado para obtener información grabada y conducir algunos negocios las 24 horas del día.

Servicios de Envejecimiento y Adultos, Condado de San Bernardino:

686 E. Mill Street, San Bernardino, CA 92415 Teléfono: (909) 891-3900

Servicios de Apoyo en el Hogar: (909) 891-3700

Guardián Público – Conservador: (909) 798-8500

Base de Datos de Recursos de San Bernardino: 211

Licencias para la Comunidad: (951) 782-4207

Asilo de Ancianos, Calificaciones de Calidad Médica en el Hogar: Comparación de Seguro Médico en Asilo de Ancianos

<http://www.medicare.gov/default.aspx>

Comparación de Asilo de Ancianos en California: <http://www.calnhs.org/>

Calificaciones de Calidad en California de Atención a Largo Plazo: <http://www.calqualitycare.org/>

Comparación de Seguro Médico de Salud en el Hogar:

<http://www.medicare.gov/HomeHealthCompare/search.aspx>

MI SALUD EN ARMC

La Información de su Salud en un solo lugar

Accese y maneje la información sobre su salud fácilmente y seguro 24/7 con

Arrowhead Regional Medical Center **Mi Portal de la Salud del Paciente en ARMC.**

Vea su información con sólo unos simples clics utilizando su teléfono inteligente, tableta o computadora.

¡Empiece Hoy! Vaya a: <https://www.arrowheadmedcenter.org/> para inscribirse y aprender más.



Aviso a los padres y pacientes sobre el registro de vacunación

Las vacunas previenen enfermedades graves. Las pruebas para detectar la tuberculosis (TB) pueden ayudar a determinar si está infectado(a) con tuberculosis. Es posible que su empleador o escuela también requieran estas pruebas. Puede ser difícil estar al tanto de las vacunas que le han puesto y las pruebas de TB que le han hecho. Aún más si las obtuvo de más de un doctor. Actualmente, los doctores usan un sistema computarizado seguro llamado *registro de vacunación* para mantener los datos de vacunación y las pruebas de TB al día. Si cambia de doctor, su nuevo doctor podrá ver los datos de vacunación y los resultados de las pruebas de tuberculosis. Usted tiene derecho a decidir si quiere que sus datos de vacunación/resultados de la prueba de TB se compartan en el *Registro de Vacunación de California*.

¿Cómo le ayuda el registro?

- Está al tanto de todas las vacunas y pruebas de tuberculosis (prueba cutánea o de la piel/radiografía del pecho), para que no le falte ninguna ni le den demasiadas
- Manda recordatorios cuando usted o su hijo(a) necesitan vacunarse
- Le da una copia de los datos de vacunación y los resultados de las pruebas de TB que tiene su doctor
- Sirve como un comprobante de las vacunas o las pruebas de TB necesarias para asistir a una guardería o la escuela o para comenzar un nuevo trabajo

¿Cómo ayuda el registro a su equipo de cuidado de la salud?

Los doctores, enfermeras, planes de salud y entidades de salud pública usan el registro para:

- Ver cuáles vacunas o pruebas de TB necesita
- Recordarle sobre las vacunas que necesita
- Prevenir enfermedades en su comunidad
- Ayudar a mantener los datos al día

Aviso a los padres y pacientes sobre el registro de vacunación (Con't)

¿Pueden las escuelas u otros programas ver el registro?

Sí, pero de manera limitada. Bajo la ley de California, las escuelas, las guarderías y otras entidades con acceso legal pueden:

- Ver cuáles vacunas o pruebas de TB necesitan los niños en sus programas
- Asegurar que los niños tengan todas las vacunas o pruebas de TB necesarias para comenzar la guardería o la escuela

¿Qué información se puede compartir en un registro?

- El nombre, el sexo y el lugar de nacimiento del paciente
- Los nombres de los padres o de los tutores
- Información limitada para identificar a un paciente
- Detalles sobre las vacunas o pruebas de TB de los pacientes

Lo que se incluye en el registro se trata como cualquier otra información médica privada. El mal uso del registro puede ser castigado por la ley. Bajo la ley de California, sólo el consultorio médico, su plan de salud y el departamento de salud pública pueden ver su dirección y número de teléfono.

Los derechos del paciente y de los padres

Tiene derecho legal a pedir que:

- no se compartan sus datos (o los de su hijo[a]) de vacunación/pruebas de TB en el registro con otros, aparte de su doctor*
- su doctor no le mande recordatorios de vacunación
- le den una copia de los datos de vacunación/pruebas de TB que ha obtenido usted o su hijo(a)
- le digan quiénes han visto los datos o que su doctor corrija cualquier error

Si **SÍ** quiere que sus datos o los de su hijo(a) estén en el registro, no haga nada. Ha terminado.

Si **NO** quiere que su doctor comparta sus datos de vacunación/pruebas de TB con otros usuarios del registro, dígame a su doctoro descargue el “*Formulario para rechazar, empezar a compartir o solicitar información*” de la página Web del Registro de Vacunación de California (<http://cairweb.org/cair-forms/>). Complete el formulario y envíelo por fax al departamento técnico de CAIR al 1-888-436-8320.

Para más información, comuníquese con el departamento técnico de CAIR al 800-578-7889 o CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov.

** Por ley, los funcionarios de salud pública también pueden tener acceso a los datos en el registro en caso de una emergencia de salud pública.*

California Department of Public Health: Med Office IZ Registry Disclosure Ltr rev 7/13– Spanish IMM-891 E/S

EQUIPO DE EVALUACION RAPIDA

Respondiendo a las necesidades del paciente en caso de una emergencia médica

NUESTRO EQUIPO: Cada miembro de el Arrowhead Regional Medical Center del equipo de atención clínica está bien entrenado y comprometido a proveer la mejor atención clínica posible. Inquietudes relacionadas al cuidado rutinario de pacientes siempre deberán ser dirigidos a su enfermera u otro miembro del equipo del cuidado de la salud.

Pero entendemos que los pacientes o sus familiares podrían tener preocupaciones tocante su condición o el tipo de atención prestada. En respuesta a esas inquietudes, para eliminar problemas y en el interés de la seguridad del paciente, hemos creado un “Equipo de Evaluación Rápida” para los pacientes, familiares o visitantes para pedir ayuda.

Este equipo fue creado para dirigir las necesidades del paciente en caso de una emergencia médica.

¿CUANDO LLAMAR AL EQUIPO?: Si hay algo que le preocupa, usted siempre tratará de comunicarse con su enfermera primero. Si ocurre un cambio notable médico y usted siente que el equipo de salud no está reconociendo sus inquietudes, usted deberá activar el Equipo de Evaluación Rápida marcando “44444” en cualquier teléfono en el ARMC. Esto lo conectará directamente al departamento de seguridad, el cual iniciará el proceso. Nuestro equipo evaluará la situación y llamará cualquier profesionales de la salud adicionales que son necesitados para ayudar con la evaluación y el tratamiento del paciente.

La información que usted deberá comunicar al equipo incluye su nombre, el nombre y lugar del paciente y su inquietud específica. El Equipo de Evaluación Rápida es otra manera en donde demostramos que queremos que nuestros pacientes y familiares sepan que son nuestros socios en la atención. Favor de dirigir sus preguntas a uno de nuestros proveedores del cuidado de la salud.

| |
|---|
| <p style="text-align: center;">Rapid Assessment Team Equipo de Evaluación Rápida</p> |
| <p style="text-align: center;">MARQUE 44444 EN CUALQUIER TELEFONO DEL ARMC</p> |
| <p style="text-align: center;">SI SE PRODUCE UN CAMBIO MEDICO Y USTED SIENTE QUE EL EQUIPO DE SALUD NO ESTA RECONOCIENDO SUS PREOCUPACIONES, USTED DEBE ACTIVAR EL EQUIPO DE EVALUACION RAPIDA.</p> |

INTERVENCION: El Equipo de Evaluación Rápida puede ser activado en una emergencia para beneficio del paciente, empleados o familiares del paciente.

REV. 02/2016