



Company Name

PLAN DE EMERGENCIA / DESASTRE PARA PACIENTES EN EL HOGAR

(Mantenga este plan en un lugar accesible)

PAGE 1 OF 2

Fecha: _____ Hora: _____

Paciente: _____ ID#: _____

Información obtenida por: Cliente Cuidador Si es cuidador, relación al paciente: _____

El operador del Servicio de Emergencia Médica necesita conocer (cuidador):

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Clasificación de Emergencia del Cliente (marque uno): D1 D2 D3 D4 (ver instrucciones atrás)

DATOS DEL PACIENTE

Alergias: _____ Necesidades especiales: _____

Medicinas: _____

Equipos médicos: _____

Farmacia/teléfono: _____

Doctor: _____ Teléfono: _____

En caso de emergencia medica llame al 911.

En caso de problema con el servicio, comuníquese con su gerente de cuidado en el hogar: _____

Para comunicarse directamente con su enfermera, llame a _____

Nombre: _____

En caso de emergencia notificar:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

En caso de un huracan (u otro desastre natural) yo:

Me quedaré en casa

Me iré con familiares. Teléfono: _____

Me iré a un Refugio (dirección del refugio): _____

Me iré a un hospital, si es médicamente necesario (nombre del hospital): _____

Favor contactar a su Agencia de Cuidado en el Hogar _____ para opciones de servicios alternos en caso de un desastre.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de la/el Enfermera/o: _____ Fecha: _____



Fecha: _____ Hora: _____

Paciente: _____ ID#: _____

INFORMACIÓN GENERAL PARA EL PACIENTE SOBRE ESTE FORMULARIO:

Esta información le es brindada en caso de una Emergencia. Mantenga este formulario en un lugar fácil de encontrar. Infórmele a alguna(s) persona(s) (familiar, vecino, etc.) donde tiene guardado este documento.

1. _____ tiene una enfermera las 24 horas al día. Usted se puede comunicar con la enfermera llamando al _____ después de horas laborales o los fines de semana, la agencia llamará a la enfermera de guardia, quien le devolverá su llamada.
2. En caso de una EMERGENCIA médica grave, el paciente debe ser llevado(a) al hospital más cercano. _____ no opera como un servicio de Emergencia. Por lo tanto, podría perder tiempo y arriesgar al paciente tratando de comunicarse con la agencia para una emergencia médica tal como una coma diabética, dolor agudo en el pecho, el estar inconsciente, etc.
3. Para llamar a una AMBULANCIA, marque el _____.

CLASIFICACIÓN

(favor de circular la clasificación del paciente)

D1 (categoría 1)

Paciente que no se pueda dejar sin ser tratado, o que sea inestable, con gran probabilidad de ingreso si el cuidado en la casa no es proveído: terapia intravenosa, curación de heridas, sin familiar/cuidador, medicamentos/equipos para mantener al paciente vivo.

D2 (categoría 2)

Pacientes cuyas condiciones han empeorado recientemente; nivel moderado de cuidado, que debe darse ese mismo día, pero puede ser manejado en el hogar si la situación de emergencia mejora. Pacientes con familiares/cuidadores no entrenados, pero que pueden proporcionar cuidados básicos en caso de emergencia.

D3 (categoría 3)

Pacientes que de una forma segura pueden atrasar una visita de la agencia de cuidado en el hogar. Aquellos clientes que reciben visitas rutinarias de supervisión, evaluación. Clientes con 1 a 2 visitas por semana, o clientes que tienen familiares/cuidadores entrenados y competentes.

D4 (categoría 4)

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