



CONSENTIMIENTO PARA HEMODIALISIS

Por este medio autorizo la interpretación del procedimiento de Hemodiálisis sobre

_____, bajo la dirección del doctor. _____

Nombre de Paciente

He sido totalmente informado por el doctor. _____, M.D., de los procedimientos quirúrgicos y médicos implicados, y el asistente de riesgos y problemas además necesario para mantener mi vida en el tratamiento de mi condición, que es el fracaso de riñón crónico. Reconozco que como con la mayor parte de tratamiento médico, hay métodos alternativos del tratamiento, Pero entiendo que la hemodiálisis probablemente va ser la más beneficiosa en las circunstancias presentes

Este consentimiento es para tratamientos de hemodiálisis regulares y repetidos y para todos Los servicios adicionales razonables y necesarios indicado por mi médico (s), para la dirección optima de mi fracaso de riñón o cualquier complicación de los procedimientos de hemodiálisis. Yo entiendo que el tratamiento de hemodiálisis puede implicar la administración de anestésico local, la introducción de agujas en mi acceso vascular, la administración de medicaciones y fluidos intravenosos, que incluye subproductos de la sangre. Las complicaciones tales procedimientos pueden incluir la pérdida de sangre, la infección, la reacción de sensibilidad y el paro cardíaco.

Nombre en Letra de molde

Firma del Paciente
O, Guarda Paternal/legal

Fecha Firmada

Testigo

LISTA DE DERECHOS DEL PACIENTE

La página 1 de 2

De acuerdo con la ley Federal CFR (494.70), el centro de diálisis, han adoptado la lista siguiente de derechos del paciente:

1. El paciente tiene el derecho de ser tratado con respeto, dignidad, y reconocer las necesidades personales y individuales de el o ella, y sensibilidad a las necesidades psicologicas de el o ella y la capacidad de adaptarse a le Enfermedad Renal Estado Final (ESRD).
2. El paciente tiene el derecho de recibir toda la información en la manera que el o ella pueda entender.
3. El paciente tiene el derecho de privacidad y confidencialidad en todo aspectos del tratamiento.
4. El paciente tiene el derecho de privacidad y confidencialidad en su expediente medico personal.
5. El paciente tiene el derecho de ser informado sobre y participar, si desea, en todo aspecto de su cuidado y ser informado de su derecho de rechazar tratamiento, de discontinuar tratamiento y de rechazar participar en tratamientos experimentales.
6. El paciente tiene el derecho de ser informado tocante su derecho de el o ella de ejecutar una Directiva Por Anticipado De La Atencion De La Salud y la politica sobre la Directiva Por Anticipado De La Atencion De La Salud.
7. El paciente tiene el derecho de ser informado sobre todas las modalidades de tratamiento y ajustes, incluyendo pero no limitado, transplatación, diálisis en casa (hemodiálisis de casa, diálisis peritoneal intermitente, diálisis peritoneal ambulatoria continua, ciclismo continuo peritoneal), y diálisis en clinica. El paciente tiene el derecho de recibir información sobre modalidades no ofrecidas por la clinica, incluso la información sobre opciones de programación alternativas para pacientes que trabajan.
8. El paciente tiene el derecho de ser informado de las politicas de la instalacion en cuanto la atención del paciente, incluso pero no limitarse con, el aislamiento del paciente.
9. El paciente tiene el derecho de ser informado de las politicas de la clinica sobre el re-uso previsiones de la diálisis, incluso dializadores.
10. El paciente tiene el derecho de ser informado por el medico, enfermera especialista, especialista de la enfermera de la clinica o ayudante de medico que trata al paciente para ESRD de su propio estado medico como documentado en el espediente del paciente, amenos que el registro medico contenga una contraindicacion documentada.

LISTA DE DERECHOS DEL PACIENTE

La página 2 de 2

11. El paciente tiene el derecho de ser informado de servicios disponibles en la clínica y cargos de servicios no cubiertos por Medicare.
12. El paciente tiene el derecho de recibir el servicio necesario perfilado en el plan de cuidado del paciente.
13. El paciente tiene el derecho de ser informado de las reglas y expectativas de la instalación en cuanto la conducta y responsabilidades del paciente.
14. El paciente tiene el derecho de ser informado del proceso interno de agravio de la clínica.
15. El paciente tiene el derecho de ser informado de mecanismos del agravio externos y procesos, incluso como ponerse en contacto con la Red ESRD y la agencia de la revisión estatal.
16. El paciente tiene el derecho de ser informado de su derecho de archivar agravios internos o agravios externos o ambos sin represalia de negarle servicios.
17. El paciente tiene el derecho de ser informado de su derecho de archivar agravios internos o externos, personalmente, anónimamente o a través de un representante o la elección del paciente.
18. El paciente tiene el derecho de ser informado sobre las políticas de la instalación para el traslado, descarga rutinaria o involuntaria e interrupción de servicios al paciente.
19. El paciente tiene el derecho de recibir notificación por escrito, 30 días antes de una descarga involuntaria excepto en un caso donde un paciente hace amenazas severas e inmediatas hacia la salud y la seguridad de otros.

Nombre en Letra de Molde

Firma del Paciente
o, el Padre / Guarda Legítimo

Fecha Firmada



PROCEDIMIENTO DE AGRAVIO DEL PACIENTE

Todos los pacientes de esta clínica tienen el derecho de que sus agravios sean atendidas rápidas y cordialmente.

Un agravio es una petición de una investigación de una queja sobre un riesgo posible de salud, seguridad, o bienestar de un paciente; o una situación donde el paciente es innecesariamente en riesgo alto. El agravio debe proporcionar una oportunidad de la discusión y posible resolución de problema (s) entre pacientes y abastecedores de cuidado.

Hay "una Caja de sugerencias/Agravio" localizada en el contador en la sala de espera, con formas disponible. Estas pueden ser firmadas o archivadas anónimamente. Todas las sugerencias /agravios seran atendidas rápidamente y con un objetivo de resolución.

El empleado a quien la queja del paciente es expresada con palabras relatará el agravio a la Enfermera encargada. Si una solución con el agravio no es alcanzada por esta discusión, la Enfermera encargada notificará al Gerente Clínico, que hablará el agravio con el paciente y tomara la acción apropiada hacia la solución, si es posible. El Trabajador Social será utilizado apropiadamente.

Si el agravio del paciente no puede ser resuelto por el Gerente Clínico se le avisara al Director de Médicos. El, se encontrará con el paciente y hablará del agravio con el paciente y tomara la acción apropiada hacia la resolución, si es posible.

Si algún paciente o miembros de familia no están satisfechos por el resultado o no desean usar el procedimiento de la clínica, el paciente puede ponerse en contacto con la Red 18 ESRD o el Departamento de Servicio Médico de California para asistencia en las direcciones abajo. Ambas organizaciones supervisan el cuidado, que se da en las clínicas de diálisis para asegurarse que estas clínicas sigan las normas de Medicare.

Cada paciente tiene el derecho de archivar un agravio sin restricción o interferencia, y sin miedo de discriminación o represalia.

Southern CA Renal Disease Council
ESRD Network 18
6255 Sunset Blvd., Suite 2211
Los Angeles, CA 90028
(323) 962-2020
(800) 637-4767

Department of Health Services
Licensing and Certification Division
Riverside District Office
625 East Carnegie Dr., Suite 280
San Bernardino, CA 92408
(909) 388-7170
(888) 354-9203

Nombre en Letra de molde

Firma de Paciente, Padre
O, Guarda Paternal/legal

Fecha Firmada

REGLAS DEL CENTRO DE DIALISIS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

La página 1 de 2

Bienvenidos al centro de diálisis. En una tentativa de proveer el mejor cuidado seguro de buena calidad a todos los pacientes igualmente, hemos establecido las siguientes reglas del centro de diálisis y responsabilidades del paciente:

1. El centro de diálisis le da al paciente el horario de tratamiento dentro de ciertas horas. Le pedimos al paciente que llegue 15 minutos antes de su horario de tratamiento. El paciente tendrá que esperar en la sala de espera hasta que un miembro del personal le hable que pase a la clínica. Por favor absténgase de no entrar a la clínica hasta no ser llamado, ya que los empleados están atendiendo a otros pacientes que requieren su atención. El personal hace todo lo posible para que los pacientes reciban sus tratamientos a como están programados, sin embargo sea respetuoso del personal y otros pacientes cuando los tiempos de tratamientos son adelantados debido a circunstancias imprevistas.
2. Es la responsabilidad del paciente de llegar a tiempo a su horario de tratamiento. Si el paciente llega tarde a su diálisis, es posible que su tratamiento de diálisis sea cortado en tiempo, ya que puede interferir con los tratamientos programados de los otros pacientes. El paciente tiene que avisarle a la clínica si es que no va a llegar su horario a tiempo o si es necesario de hacer cambios en su horario.
3. Se requiere que los pacientes que solicitan viajar a otras clínicas en una base temporal, que de aviso a la Trabajadora Social que permitan hacer arreglos con tiempo. Nosotros recomendamos el aviso de 30 días ya que muchas clínicas piden vacunaciones, laboratorios actualizadas etc., antes de la colocación. Además debemos saber la fecha que va a regresar a esta clínica. Si es que va a tener un retraso o cambio en la fecha programada de llegar, por favor de avisarle a la clínica lo más pronto posible. Si no da aviso apropiado, es posible que su horario regular no sea disponible.
4. Una tentativa se hará para que el paciente se siente en la misma silla regularmente, sin embargo debido a casos del personal y varios horarios de tratamientos individuales, su silla puede cambiar de tratamiento a tratamiento.
5. Una tentativa se hará para darle al paciente el turno y el tiempo preferido. Si el tiempo preferido no es disponible lo o la pondremos en la lista de espera. La programación de horarios debe tomar en cuenta las necesidades de todos los pacientes en la clínica, por lo tanto el paciente no siempre podría recibir el horario de diálisis de su opción.
6. Comer dentro del centro de la diálisis no se recomienda y debería ser a la discreción de su médico. A los visitantes no se les permiten comer en el área de tratamiento.

REGLAS DEL CENTRO DE DIALISIS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

7. Esta es una clinica de no-fumar, que incluye la area de afuera de la clinica.
8. El comportamiento perjudicial o rebelde en el centro de la dialisis, de parte de un paciente o visitante es inaceptable. Cualquier paciente que demuestre este tipo de comportamiento, puede ser que en se momento se le termine su tratamiento de diálisis y que le pidan que se retire de la clinica. Los pacientes que continúen interrumpiendo el funcionamiento correcto de la clinica se le puede dar de alta involuntariamente según la política de la clinica. A los visitantes se le pedira que se retire de la clinica y se le puede pedir de no volver.
9. No permitiran visitantes en la clinica mientras que pacientes son conectados o desconectados a la diálisis. Se espera que los visitantes permanezcan con el paciente y no vaguen en todas partes de la clinica, respetando la privacidad de otros pacientes. Las visitas son controladas por la Enfermera Encargada de ese dia. No se permiten niños menores de 14 años de edad en la clinica de diálisis.
10. Los pacientes solicitaran la asistencia medica, Medi-care, Medi-cal o otros programas de seguro cuando sea apropiado y mantener su cobertura a la mejor de su capacidad.
11. Para conseguir el bienestar maximo, los pacientes notificaran a su medico y al personal medico de su historial medica y de cualquier cambio medico, incluso cambios en su medicaciones.
12. Los pacientes reconoceran que el fracaso de no cumplir con su tiempos de tratamiento ordenado por el nefrologo, el horario, medicaciones, la dieta y la restricción de fluidos y otras ordenes dadas por el nefrologo, puede resultar en la decaida de salud, la hospitalizacion y posiblemente en su muerte.

He leído y consiento en cumplir con las susodichas reglas del centro de diálisis y regulaciones.

Nombre en Letra de Molde

Firma del Paciente
O, Guarda Paternal/legal

Fecha Firmada

Al entrar en la unidad, cada paciente se le debe explicar los Estándares de Conducta del Paciente a él/ella. Una declaración firmada por el paciente que declare que él/ella ha leído, o se le ha leído a él/ella, los Estándares de Conducta del Paciente, y que él/ella consiente en cumplir con estos estándares, deben ser colocados en el expediente del paciente. Los estándares son los siguientes:

1. Los pacientes tratarán a otros pacientes, y miembros del personal, con respeto, dignidad y consideración.
2. Los pacientes respetarán los derechos de otros pacientes de tener un ambiente de tratamiento, limpio, tranquilo, y tratamiento seguro y adecuado.
3. Los pacientes asegurarán que sus actividades o que las actividades de sus visitantes no interfieran con operaciones de la clínica.
4. Los pacientes usarán el proceso de agravios de la clínica para expresar sus preocupaciones o quejas.
5. Los pacientes se abstendrán de cualquier forma de abuso verbal, abuso físico, o acoso sexual de otros pacientes, personal o visitantes.
6. Los pacientes llegarán a tiempo para su tratamiento previsto y permanecerán en la diálisis el tiempo de tratamiento ordenado.
7. Los pacientes le informarán a la clínica si va a llegar tarde, o si tiene que cambiar su horario con el entendimiento que cuando llega tarde, puede causar que el paciente no reciba su tratamiento completo.
8. Los pacientes cooperarán con el empleado asignado para darle cuidado. Los pacientes entenderán que no pueden requerir que un empleado específico lo atienda.
9. Los pacientes se abstendrán de manejar el equipo de la diálisis, de remover o manipular sus agujas a menos que sean entrenados y tengan el permiso de hacerlo.
10. Los pacientes llegarán a la clínica sin la influencia de drogas ilegales, alcohol y sin un arma. Los pacientes también consienten en abstenerse de tenerlos en su posesión mientras que estén en la clínica.
11. Los pacientes consentirán en observar la ley y entender las consecuencias por abusar la ley y se aplicará a su conducta en la clínica.

Como declarado arriba, se espera que los pacientes cumplan con estos estándares de la conducta. Si un paciente se comporta en una manera no consecuente con los estándares de la clínica, el Supervisor/a de Enfermeras de la Clínica, Trabajadora Social, Médico, el Administrador, hablará con el paciente de los comportamientos negativos y / o acciones, a como sea aplicable. Si el comportamiento sigue y es perjudicial para el funcionamiento apropiado de la clínica, el paciente se le puede dar de alta involuntariamente de la clínica de diálisis. El personal de la clínica siuiera las normas de dar de alta Involuntarias expuestas por la ley federal CFR §494.180 (f).

El Acuerdo lee como sigue:



Los Estándares de Pacientes de la Conducta han sido leídos y totalmente explicados a mí, yo estoy consiente en cumplir con estos estándares siempre mientras registrado como Un paciente en el Centro de Dialisis.

Nombre en letra de molde

Firma del Paciente
O, Guarda Paternal/legal

Fecha Firmada

Firma del Personal



Autorización de Soltar Beneficios de Pago e Información Médica

Nombre del Paciente: _____

_____ Autorizo la clinica _____ a soltar la información médica que la compañía de seguros puede solicitar acerca de mi enfermedad o herida.

_____ Autorizo el pago de beneficios médicos a ser hecho directamente a la clinica _____ para reclamaciones de seguros presentadas de mi parte. A1elante entiendo que soy económicamente responsable a la clinica _____ para gastos no cubiertos por esta asignación.

Una copia de la autorización debe considerarse tan válida como el original.

Nombre en letra de molde

Firma del Paciente
O, Guarda Paternal/legal

Fecha Firmada



Autorización de Soltar Información a Otra Familia

Yo, _____ autorizo

___ Kidney Institute of the Desert
81-715 Dr. Carreon Blvd., Suite B-2, Indio, CA 92201

___ La Quinta Kidney Center
43576 Washington Street, Suite 101, La Quinta, CA 92253

___ Kidney Institute at Eisenhower Medical Center
39000 Bob Hope Dr., Probst Building, Suite 103, Rancho Mirage, CA 92270

___ Coachella Kidney Institute
1413 6th Street, Coachella, CA 92236

Soltar la información o intercambiar información con el miembro (s) de familia siguiente o otra persona nombrada en esta autorización:

Nombre _____ Teléfono # _____

Nombre _____ Teléfono # _____

Nombre _____ Teléfono # _____

Entiendo que el objetivo de la liberación/cambio de la información es para coordinar mi tratamiento de diálisis y aumentar el entendimiento de familia/o otra persona del proceso de tratamiento de diálisis

Nombre en letra de molde

Firma del Paciente
O, el Padre / Guardián

Fecha Firmada



Autorización de Soltar Información Medica

El abajo firmante realmente autoriza por este medio la liberación de la información

A: _____

DE: _____

Para Paciente: _____

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____ Esta autorización está bien durante hasta un ano.

Por favor envíe los informes siguientes:

- Historia y Físico
- Resumen de Descarga
- Informes De EKG
- Todos los Informes de rayo X
- Informes de Operación
- Todo Consulta
- Los Resultados de Laboratorio más Recientes
- Evaluación de Trabajador Social
- Evaluación de Nutrición
- Otro _____

GRACIAS,
