



Guía para el paciente y kit de bienvenida



Owensboro
Health

Specialty
Pharmacy

OwensboroHealth.org/SpecialtyPharmacy

Índice

| | |
|--|-------|
| Bienvenida | 1 |
| Ubicación | 1 |
| Horario | 1 |
| Farmacia de especialidades | 1 |
| Apoyo clínico fuera del horario de oficina | 1 |
| Comuníquese con nosotros | 1 |
| Resumen de la farmacia | 2 |
| Servicios para el paciente | 2 |
| Programa de Manejo del Paciente | 2 |
| Elegir no participar | 3 |
| Derechos y responsabilidades | 3 |
| Servicios de idiomas y culturales | 3-4 |
| Preguntas frecuentes | 4 |
| ¿En qué se diferencia una farmacia de especialidades de una farmacia? | 4 |
| ¿Cómo llega mi nueva receta a la farmacia? ¿Cómo sabré cuándo la recibiré? | 4 |
| ¿Cuándo se comunicará la farmacia de especialidades conmigo o con mi proveedor? | 4 |
| ¿Cómo pago mi medicamento? | 5 |
| ¿Cómo obtengo un resurtido? | 5 |
| ¿Qué debo hacer si tengo preguntas sobre el estado de mi pedido? | 6 |
| ¿Podrá surtir todos mis medicamentos la farmacia de especialidades? | 6 |
| ¿Sustituirán alguna vez mi medicamento por otro diferente? | 6 |
| ¿Qué debo hacer si retiran del mercado mi medicamento? | 6 |
| ¿Qué debo hacer si creo que estoy teniendo una reacción adversa (mala) a mi medicamento? | 6 |
| ¿Qué debo hacer si sospecho que hay un error de medicamento? | 6 |
| ¿Qué debo hacer si no estoy satisfecho con los servicios que recibo? | 7 |
| Derechos y responsabilidades del paciente | 7-8 |
| Derechos del paciente | 7-8 |
| Responsabilidades del paciente | 8 |
| Eliminación de medicamentos y suministros | 8-9 |
| Medicamentos no usados | 8 |
| Quimioterapia y medicamentos peligrosos | 8 |
| Residuos biomédicos generados en casa | 8-9 |
| Planificación para una emergencia | 9-10 |
| Preparativos con la farmacia | 9 |
| Preparativos en casa | 9 |
| Cómo responder | 10 |
| Cómo evacuar su casa | 10 |
| Cómo comunicarse con la farmacia | 10 |
| ¿Necesita ayuda? | 10 |
| Consejos de bienestar | 10-11 |
| Lavarse las manos | 10 |
| ¿Cuándo debe lavarse las manos? | 10 |
| ¿Cómo debe lavarse las manos? | 11 |
| Prevención de la gripe | 11 |
| ¿Cómo puede ayudar a detener la transmisión? | 11 |
| Recursos | 11 |
| Aviso de prácticas de privacidad | 12 |
| Cesión de beneficios y revelación de información | 13 |

Bienvenida

Gracias por ser paciente de la farmacia de especialidades de Owensboro Health.

Nuestro objetivo es asegurarnos de que los pacientes y sus cuidadores reciban la atención y el apoyo que necesitan para tener éxito con su tratamiento. Puede contar con nuestra guía, compasión e información durante toda su terapia.

Ubicación

2200 East Parrish Avenue Building C
STE LL102
Owensboro, KY 42303

Horario

Farmacia de especialidades

Lunes a viernes, de 8:00 a. m. - 5:00 p. m.

Apoyo clínico fuera del horario de oficina

Las 24 horas del día, los 365 días del año

Estamos cerrados, pero ofrecemos servicios de guardia en los siguientes días festivos:

- Día de Año Nuevo (1 de enero)
- Día de la Conmemoración de los Caídos (último lunes de mayo)
- Día de la Independencia (4 de julio)
- Día del Trabajo (primer lunes de septiembre)
- Día de Acción de Gracias (cuarto jueves de noviembre)
- Viernes después del Día de Acción de Gracias
- Navidad (25 de diciembre)

Comuníquese con nosotros

Teléfono:

- Farmacia de especialidades local: 270-713-9423
- Llamada sin costo a la farmacia de especialidades: 877-570-8026
- Apoyo clínico fuera del horario de oficina: 877-570-8026

Correo electrónico:

- Specialty.Pharmacy@OwensboroHealth.org

Sitio web:

- OwensboroHealth.org/SpecialtyPharmacy

Resumen de la farmacia

La farmacia de especialidades de Owensboro Health ofrece servicios completos de farmacia de especialidades a los pacientes que viven en la región del oeste de Kentucky. Nuestros servicios están diseñados para cumplir las necesidades de cada uno de nuestros pacientes. Nuestro equipo de farmacéuticos clínicos y técnicos está especialmente capacitado en su condición médica.

Proporcionamos:

- Consejería personalizada sobre su medicamento
- Recordatorios de resurtido
- Entrega gratuita de sus medicamentos de especialidades en el lugar de su elección
- Asistencia con sus beneficios y programas de ayuda económica
- Información sobre su enfermedad

Servicios para el paciente

Trabajamos con usted y con su proveedor durante toda su terapia. Nuestro papel es proporcionarle los medicamentos de especialidades con receta con el más alto nivel de atención.

Comuníquese con la farmacia de especialidades al 270-713-9423 si tiene alguna pregunta sobre:

- Surtir o resurtir su medicamento
- Transferir una receta a nuestra farmacia o a otra farmacia
- Estados de pedidos o demoras en los pedidos
- Cobertura de seguro y costos de la receta
- Medicamentos o preocupaciones
- Presentar una queja
- Nuestro programa de manejo del paciente

Comuníquese con nuestro servicio de apoyo clínico fuera del horario de oficina al 877-570-8026 si tiene preguntas clínicas o preocupaciones sobre su medicamento que no pueden esperar hasta el siguiente día laborable.

Programa de Manejo del Paciente

Nuestros pacientes de farmacia de especialidades se inscriben automáticamente en nuestro servicio de medicamentos de especialidades específicos para su enfermedad, llamado Programa de Manejo del Paciente (Patient Management Program, PMP). Este programa gratuito está diseñado para maximizar su oportunidad de obtener un resultado positivo y minimizar cualquier efecto negativo de su terapia especializada.

Los medicamentos de especialidades suelen considerarse de alto riesgo debido a su alto costo, la frecuencia elevada de efectos secundarios y, en algunos casos, los procesos complejos de administración. Cuando participa en el PMP, nuestros clínicos pueden:

- Monitorear más de cerca su respuesta a la terapia.
- Identificar y responder más rápidamente a cualquier efecto secundario u otra área de preocupación.

- Trabajar con su proveedor para tratar estas áreas de preocupación.
- Ayudar para acceder a los programas de asistencia al paciente y otros programas de ayuda económica, para asegurarse de su acceso a los medicamentos que necesita.

Para que usted obtenga el máximo beneficio de nuestro PMP, manténganos informados sobre cualquier preocupación, problema o cambio en su respuesta a la terapia o en su capacidad para continuar con esta. Para obtener más información sobre el PMP, consulte con cualquier miembro del equipo de la farmacia de especialidades llamando al 270-713-9423 o al correo electrónico Specialty.Pharmacy@OwensboroHealth.org.

Elegir no participar

Se anima ampliamente la participación continua en el PMP. Sin embargo, puede elegir salir del PMP en cualquier momento durante su terapia. Usted seguirá recibiendo las llamadas de recordatorio de resurgido, incluso si decide salir del PMP. También puede elegir volver a ingresar al programa en cualquier momento. Para elegir no participar o volver a ingresar al PMP, simplemente infórmeselo a cualquier miembro del equipo de la farmacia. Ellos lo conectarán con el farmacéutico para que registre la nota en su expediente electrónico de paciente.

Derechos y responsabilidades

Como participante en el PMP, usted tiene los siguientes derechos y responsabilidades: Algunos de estos puntos coincidirán con sus derechos y responsabilidades generales del paciente que se detallan más adelante en este paquete.

1. El derecho a conocer la filosofía y las características del PMP.
2. El derecho a que su información médica personal se comparta con el PMP únicamente de acuerdo con las leyes estatales y federales.
3. El derecho a identificar a los miembros del equipo del PMP, incluyendo su cargo, y a hablar con el supervisor de un miembro del equipo cuando se solicite.
4. El derecho a hablar con un profesional médico.
5. El derecho de recibir información sobre el PMP.
6. El derecho a recibir información administrativa sobre cambios o la finalización del PMP.
7. El derecho a rechazar la participación, revocar el consentimiento o cancelar la inscripción en cualquier momento.
8. La responsabilidad de presentar cualquier formulario necesario para participar en el programa, en la medida en que lo exija la ley.
9. La responsabilidad de proporcionar información clínica y de contacto precisa, y de avisar al PMP cualquier cambio en dicha información.
10. La responsabilidad de avisar a su proveedor de atención médica sobre su participación en el PMP, si corresponde.

Servicios de idiomas y culturales

Acogemos la diversidad y cumplimos los estándares para servicios de idiomas y culturales. Podemos proporcionar intérpretes médicos capacitados y calificados para nuestros pacientes y sus familias sin ningún costo para ellos. Los intérpretes pueden ayudar a asegurar una comunicación efectiva para aquellas personas que:

- Tienen dominio limitado del inglés (LEP).
- Son personas sordas o con problemas de audición (HOH).
- Tienen otras dificultades de comunicación.

También contamos con recursos para dar una atención culturalmente competente a poblaciones de pacientes diversas. Informe a un miembro del equipo de la farmacia si:

- Necesita ayuda de un servicio de interpretación.
- Tiene un idioma o modo de comunicación preferido distinto al inglés.
- Tiene cualquier otra necesidad de comunicación o cultural.

Preguntas frecuentes

¿En qué se diferencia una farmacia de especialidades de una farmacia?

Las farmacias de especialidades están dedicadas a asegurarse de que su terapia le ofrezca el mejor resultado posible. Le mostramos algunas de las cosas que hacemos:

1. Inscribirlo en un programa de manejo del paciente.
2. Asegurarse de que tenga acceso a su medicamento sin interrupciones en su terapia. Esto incluye:
 - Programar la entrega oportuna del medicamento.
 - Dar asistencia con las autorizaciones previas.
 - Ayudar con la ayuda económica.
3. Colaborar con usted y su proveedor para alcanzar los objetivos de tratamiento mediante nuestro programa de manejo del paciente.
4. Darle una revisión completa de su medicamento. Esto incluye:
 - Obtener una lista precisa de sus recetas actuales.
 - Detectar interacciones farmacológicas específicas de su enfermedad.

¿Cómo llega mi nueva receta a la farmacia? ¿Cómo sabré cuándo la recibiré?

Existen varias maneras en las que podemos recibir su nueva receta:

- Su proveedor enviará la receta electrónicamente cuando se le indique un tratamiento. Este es el método más frecuente.
- Su proveedor escribirá una receta en papel y la enviará a la farmacia por correo o fax.
- Su proveedor llamará para proporcionar la receta.

Cuando recibamos la receta de su proveedor, la revisaremos, coordinaremos el reembolso y surtiremos su medicamento.

Una vez que esté lista, nos comunicaremos con usted para programar y coordinar la entrega.

¿Cuándo se comunicará la farmacia de especialidades conmigo o con mi proveedor?

La farmacia de especialidades lo llamará para:

- Hablar sobre su receta y la cantidad del copago.
- Programar la hora de entrega o recolección.
- Informarlo sobre cualquier demora en su pedido.
- Revisar cómo almacenar su medicamento.
- Verificar la información de su seguro de recetas.

- Obtener documentación de sus ingresos para inscribirlo en un programa de ayuda económica.
- Darle consejería sobre su medicamento.
- Decirle que debemos transferir su receta a otra farmacia de especialidades.
- Avisarle sobre cualquier retiro del mercado de su medicamento por la FDA.

Nos comunicaremos con su proveedor:

- A petición suya
- Cuando se le hayan terminado los resurtidos

¿Cómo pago mi medicamento?

La farmacia de especialidades de Owensboro Health puede aceptar y facturar a la mayoría de las compañías de seguros. Nuestro equipo trabajará con su compañía de seguros y su proveedor para cubrir su receta. Lo ayudaremos a obtener ayuda económica si la necesita. Usted será responsable de pagar su copago o coseguro cuando solicite su medicamento. Le informaremos la cantidad exacta que deberá pagar.

Le daremos el precio fuera de la red si:

- Usted no forma parte de la red de nuestra farmacia.
- Prefiere pagar con dinero en efectivo.
- No tiene seguro.

Para el pago, aceptamos:

- Tarjetas de crédito
- Dinero en efectivo
- Cheques personales
- Cuentas de gastos flexibles o cuentas de ahorro para gastos médicos

Si aún tiene un saldo pendiente por cualquier motivo, deberá pagarlo antes de su próximo resurtido.

¿Cómo obtengo un resurtido?

Un técnico de la farmacia de especialidades se comunicará con usted antes de que se le termine el medicamento. Nosotros:

- Evaluaremos su progreso.
- Le preguntaremos si ha tenido efectos secundarios.
- Verificaremos su dosis.
- Determinaremos la fecha y hora de envío o recolección de su próximo resurtido.

También puede recoger su receta en la farmacia cuando le sea conveniente. Se necesita el pago antes de que su medicamento se pueda enviar o recoger en la farmacia. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al 270-713-9423 durante nuestro horario normal de atención.

¿Qué debo hacer si tengo preguntas sobre el estado de mi pedido?

Si tiene alguna pregunta sobre el estado de su pedido, comuníquese con la farmacia durante el horario normal de atención llamando al 270-713-9423. También puede dejar un mensaje en nuestro buzón de voz.

¿Podrá surtir todos mis medicamentos la farmacia de especialidades?

Tenemos acceso y existencia de una amplia variedad de medicamentos de especialidades. Si no podemos obtener sus medicamentos por algún motivo, transferiremos su receta a la farmacia de su elección. Nuestro equipo trabajará con usted para asegurarse de que reciba todos sus medicamentos.

¿Sustituirán alguna vez mi medicamento por otro diferente?

Le informaremos si hay disponibles sustituciones genéricas más económicas para los medicamentos que le proporcionamos. Usted puede aceptar la sustitución genérica o solicitar el medicamento de marca. Si solicita el medicamento de marca, es posible que deba pagar un copago mucho más alto.

¿Qué debo hacer si retiran del mercado mi medicamento?

Si retiran del mercado cualquiera de sus medicamentos, lo llamaremos con información importante y proporcionaremos cualquier dosis de reemplazo que sea necesaria.

¿Qué debo hacer si creo que estoy teniendo una reacción adversa (mala) a mi medicamento?

Si siente que está teniendo una reacción adversa al medicamento o tiene síntomas que necesitan atención urgente, debe ir a la sala de emergencias local o llamar al 911.

Los síntomas que necesitan atención urgente incluyen:

- Falta de aire
- Erupción cutánea
- Urticaria
- Fiebre
- Hinchazón
- Sibilancia

Comuníquese con la farmacia el siguiente día laborable y avísenos sobre la reacción y cualquier medida que haya tomado.

¿Qué debo hacer si sospecho que hay un error de medicamento?

Los errores de medicamentos son asuntos graves que deben tratarse tan pronto como se detecten. Si sospecha un error con su medicamento, comuníquese con nosotros de inmediato y pida hablar con el farmacéutico o con el supervisor de la farmacia de especialidades.

¿Qué debo hacer si no estoy satisfecho con los servicios que recibo?

Intentaremos resolver cualquier preocupación o problema que tenga lo más rápido posible. Si quiere presentar una queja, llame al 877-570-8026. Si aún tiene preocupaciones, puede comunicarse con la administración de la farmacia al 270-713-9423.

Si no podemos resolver su queja, usted puede comunicarse con:

- Departamento de Experiencias del Paciente (Patient Experience Department) al 270-417-2000.
- Su compañía de seguro.
- Consejo de Farmacias de Kentucky al 502-564-7910 o <https://pharmacy.ky.gov/Pages/contact.aspx>.
- Comisión de Acreditación para la Atención Médica (Accreditation Commission for Health Care) al 855-937-2242.

Derechos y responsabilidades del paciente

Como paciente de la farmacia de especialidades de Owensboro Health, usted tiene los siguientes derechos y responsabilidades. Si considera que no se ha respetado alguno de estos derechos, comuníquese con la administración de la farmacia al 877-570-8026.

Derechos del paciente

- Recibir información completa por adelantado sobre la atención/servicio que se le prestará, incluyendo las disciplinas que darán la atención, la frecuencia de las visitas y cualquier modificación al plan de atención.
- Recibir información por adelantado, tanto de manera oral como por escrito, sobre los cargos asociados con la atención/servicios, incluyendo los pagos que se esperan de terceras personas y cualquier cargo que será responsabilidad del paciente.
- Recibir información sobre el alcance de los servicios que proporcionará la organización.
- Participar en la elaboración y revisión periódica del plan de atención.
- Rechazar la atención o el tratamiento después de que se le hayan explicado completamente las consecuencias de dicha decisión.
- Recibir información sobre los derechos del paciente, según la ley estatal, para formular una Directiva anticipada, si corresponde.
- Que sus pertenencias y su persona se traten con respeto, consideración y reconocimiento de la dignidad e individualidad del paciente.
- Poder identificar a los miembros del personal de visita mediante identificación apropiada.
- Estar libre de malos tratos, negligencia o abuso verbal, mental, sexual y físico, incluyendo lesiones de origen desconocido y apropiación indebida de las pertenencias del paciente.
- Expresar quejas formales/quejas relacionadas con el tratamiento, la atención o la falta de respeto a sus pertenencias, y recomendar cambios en las políticas, el personal o la atención/servicios sin restricciones, interferencias, coerción, discriminación ni represalias.
- Presentar quejas formales/quejas relacionadas con el tratamiento o la atención proporcionada (o no proporcionada) y que se investigue cualquier falta de respeto a sus pertenencias.
- Tener toda la información médica protegida (PHI) y demás información contenida en el expediente del paciente y que se mantenga de manera privada y confidencial.
- Recibir información sobre las políticas y los procedimientos de la farmacia relacionados con la revelación de registros clínicos.

- Elegir un proveedor de atención médica, si corresponde.
- Elegir un proveedor médico, si corresponde.
- Recibir atención adecuada sin discriminación y conforme a las indicaciones del médico, si corresponde.
- Recibir información sobre cualquier beneficio económico cuando lo remitan a una organización.
- Recibir información completa sobre sus responsabilidades.

Responsabilidades del paciente

- Presentar los formularios necesarios para recibir los servicios.
- Proporcionar información médica y de contacto precisa, y avisar sobre cualquier cambio.
- Avisar al proveedor que lo atiende sobre su participación en los servicios que presta la organización.
- Avisar a la organización sobre cualquier preocupación relacionada con la atención o los servicios prestados.

Eliminación de medicamentos y suministros

Medicamentos no usados

Si necesita desechar medicamentos no usados, hay dos opciones disponibles.

Puede desechar las recetas no usadas en un “Programa de Devolución” (Take-Back Program) de medicamentos. Nuestro equipo lo ayudará a encontrar las fechas y lugares de dichos eventos.

También puede desechar medicamentos no usados en casa, mezclándolos con arena para gato o con café usado, y colocando la mezcla en un recipiente sellado. Después, puede desechar el recipiente sellado en la basura del grupo familiar.

Encuentre más información en:

- RXdrugdropbox.org
- <http://www.fda.gov/forconsumers/consumerupdates/ucm101653.htm>

Quimioterapia y medicamentos peligrosos

NO debe desechar medicamentos de quimioterapia ni otros medicamentos peligrosos en la basura ni tirarlos por el inodoro.

Residuos biomédicos generados en casa

Se considera residuo biomédico generado en casa a cualquier tipo de jeringa, lanceta o aguja usada en casa para inyectar medicamentos o extraer sangre. Se debe tener especial cuidado cuando se desechen estos artículos. Estas precauciones lo protegerán a usted y a otras personas de lesiones, y ayudarán a mantener el entorno limpio y seguro.

Seguridad ante pinchazos con agujas

- Planifique el manejo y desecho seguros antes de usar la aguja.
- No use una aguja más de una vez.
- Nunca vuelva a poner la tapa a una aguja una vez que se ha quitado.

- Deseche las agujas usadas inmediatamente después de usarlas en un recipiente para objetos punzocortantes.
- Mantenga fuera del alcance de los niños y las mascotas.
- Reporte a su médico cualquier pinchazo o lesión relacionada con objetos punzocortantes.

Si su tratamiento incluye el uso de agujas, le proporcionaremos un recipiente para objetos punzocortantes para su desecho. Después de usar su medicamento inyectable, coloque todas las agujas, jeringas, lancetas y otros objetos punzocortantes en el recipiente indicado. Consulte con el servicio local de recolección de residuos o con el departamento de salud pública para determinar los procedimientos de eliminación de estos recipientes en su área.

Si no dispone de un recipiente para objetos punzocortantes, puede usar un recipiente de plástico rígido o de metal con tapa de rosca u otra tapa que cierre bien. Por ejemplo, puede usar una lata vacía de material rígido o un envase de detergente líquido. Una vez que el material esté en un recipiente adecuado, puede desecharlo en la basura de su casa.

NO debe tirar objetos punzocortantes, como agujas o jeringas, a la basura a menos que estén en un recipiente para objetos punzocortantes, y NO debe arrojarlos al inodoro.

Encuentre más información en:

- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), disposición segura de agujas en la comunidad, [cdc.gov/needledisposal](https://www.cdc.gov/needledisposal)

Planificación para una emergencia

Preparativos con la farmacia

Preferimos prepararlo para una emergencia con antelación en lugar de esperar a que ocurra. Es posible que le preguntemos a dónde irá en caso de una emergencia, como un refugio, la casa de un amigo o familiar, o un hospital. También podríamos pedirle el nombre y teléfono de un familiar cercano, amigo o vecino como contacto alternativo.

Preparativos en casa

Sepa qué esperar, a dónde ir y qué hacer

Debe conocer cuáles son las emergencias más frecuentes en su área y qué hacer si ocurre alguna. Los recursos locales de emergencia, como la Cruz Roja, las agencias de las fuerzas del orden público y las estaciones de noticias y radio, suelen proporcionar información y recomendaciones muy útiles para su planificación.

Una de las informaciones más importantes que debe conocer es la ubicación del refugio más cercano para personas con necesidades médicas especiales. Estos refugios abren al público durante evacuaciones voluntarias y obligatorias. Están especializados en la atención de pacientes con necesidades médicas especiales. Generalmente, son el lugar más seguro si no puede trasladarse a la casa de un amigo o familiar.

Cómo responder

Si anticipa que puede ocurrir una emergencia, comuníquese con nosotros. Proporcionarnos la mayor cantidad de información posible nos ayudará a asegurarnos de que reciba los suministros que necesita.

Si no se comunica con nosotros antes o durante una emergencia conocida, intentaremos comunicarnos con usted. Usaremos los teléfonos que nos proporcionó para tratar de determinar su ubicación y seguridad.

Cómo evacuar su casa

Si la emergencia necesita que evacúe, lleve consigo sus medicamentos. Recuerde llevar una hielera con bloques de hielo si alguno de sus medicamentos necesita refrigeración. Una vez que haya evacuado a un lugar seguro, avísenos de su nueva ubicación para asegurarnos de que no haya interrupciones en su tratamiento. Si necesita medicamentos, llámenos lo antes posible y haremos todo lo posible para ayudarlo.

Cómo comunicarse con la farmacia

Si la farmacia de especialidades debe cerrar debido a un desastre, daremos instrucciones para comunicarse con nuestro equipo, revisar pedidos de medicamentos, programar entregas y recibir otra información importante mediante un mensaje en el buzón de voz.

Si el acceso a la farmacia se ve restringido debido a daños ocasionados por el desastre, intentaremos alertarlo mediante los teléfonos que nos proporcionó.

¿Necesita ayuda?

Para obtener más información sobre preparación y respuesta ante emergencias, visite el sitio web de FEMA en www.fema.gov.

Consejos de bienestar

Lavarse las manos

Mantener las manos limpias es una de las medidas más importantes para conservar la salud. El lavado básico de manos con agua y jabón reduce significativamente la transmisión de gérmenes. Si no tiene acceso a agua limpia, use un desinfectante de manos.

¿Cuándo debe lavarse las manos?

- Antes, durante y después de preparar comida.
- Antes de comer.
- Antes y después de cuidar a una persona enferma.
- Antes y después de tratar una cortada o herida.
- Después de usar el baño.
- Después de cambiar pañales o limpiar o ayudar a un niño que usó el baño.
- Después de sonarse la nariz, toser o estornudar.
- Después de tocar un animal, su alimento o sus desechos.
- Después de manipular comida o golosinas para mascotas.
- Después de tocar la basura.

¿Cómo debe lavarse las manos?

1. **Mójese** las manos con agua limpia corriente (tibia o fría). Cierre la llave del agua. Aplíquese jabón.
2. **Frótese** las manos entre sí con el jabón para hacer espuma. Asegúrese de hacer espuma en el dorso de las manos, entre los dedos y debajo de las uñas.
3. **Restriéguese** las manos durante al menos 20 segundos. ¿Necesita un temporizador? Tararee la canción "Feliz cumpleaños" de principio a fin, dos veces.
4. **Enjuáguese** bien las manos con agua limpia corriente.
5. **Séquese** las manos con una toalla limpia o déjelas secar al aire.

Prevención de la gripe

La gripe afecta a millones de personas cada año. Aunque muchas personas se recuperan de la gripe en casa, se calcula que 250,000 son hospitalizadas cada año. Lamentablemente, más de 18,000 personas mueren cada año a causa de la gripe.

¿Cómo puede ayudar a detener la transmisión?

- Vacúnese contra la gripe.
- Cúbrase cuando tose.
- Procure mantenerse alejado de personas enfermas.
- Quédese en casa si se siente enfermo.
- Evite tocarse los ojos, la nariz y la boca.
- Limpie y desinfecte las áreas que puedan estar contaminadas.

Recursos

- www.cdc.gov/flu
- www.cdc.gov/handhygiene

OWENSBORO HEALTH, INC. REGISTRO DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Tipo de documento: Consentimiento del Hospital

- 1. CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO.** Doy mi consentimiento voluntariamente para recibir atención que incluya pruebas de diagnóstico, procedimientos y tratamientos médicos de rutina según lo ordenado por mi médico de ingreso y de atención directa. Reconozco que, en emergencias con riesgo de vida, el tratamiento puede incluir la administración de sangre de donantes universales que no hayan completado algunas de las pruebas de compatibilidad. También acepto que, como parte de los procedimientos o pruebas médicas que se puedan hacer durante mi estancia en el hospital, me puedan hacer pruebas para detectar infección por VIH, hepatitis u otras enfermedades infecciosas transmitidas por la sangre si un médico ordena la prueba con fines de diagnóstico o en el caso de exposición del personal de atención médica. Entiendo que el uso de la telemedicina puede ser parte del curso de mi tratamiento y firmando abajo, por la presente doy mi consentimiento para el uso de la telemedicina en mi atención médica. Estoy bajo la atención y supervisión de mi médico de atención directa y es responsabilidad de mi médico, no de Owensboro Health, Inc. o cualquiera de sus entidades afiliadas (en adelante, OHI) ni sus empleados, obtener mi consentimiento informado para recibir tratamiento médico o quirúrgico. Nadie ha garantizado los resultados que puedan derivarse de mi atención médica.
- 2. OTROS PROVEEDORES DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA.** Entiendo y reconozco que la mayoría de los médicos que me prestan servicios, incluyendo, entre otros, el radiólogo, el patólogo, el anestesista y el médico del Departamento de Emergencias (Emergency Department), y los residentes y estudiantes de medicina, no son empleados ni agentes de OHI y podrían participar en mi atención. Además, entiendo y acepto que hay otros proveedores de atención médica en el hospital, incluyendo, entre otros, enfermeros registrados certificados en anestesiología, enfermeros de práctica avanzada, enfermeros registrados, asistentes médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, técnicos quirúrgicos y psicólogos, que pueden darme atención y que NO son empleados ni agentes del hospital, sino que son contratistas independientes o empleados de un contratista independiente. Acepto que firmar este documento no implica de ninguna manera que OHI sea responsable o asuma responsabilidad alguna por las actividades de cualquier médico o proveedor de atención primaria que no sea su empleado. Como contratistas independientes, estos médicos y otros proveedores de atención médica pueden facturarme sus servicios por separado. También entiendo que, de vez en cuando, los estudiantes en ocupaciones de atención médica, incluyendo, entre otros, enfermería, fisioterapia, radioterapia y ciencias de laboratorio, pueden observar y participar en mi atención en OHI en un entorno supervisado y acepto que, firmando este documento, doy mi consentimiento para la observación y participación de esos estudiantes.
- 3. DERECHOS DEL PACIENTE.** Los pacientes hospitalizados tienen derechos específicos según la ley estatal y federal. Acuso recibo de información sobre los derechos del paciente según la ley estatal para tomar decisiones sobre atención médica, incluyendo el derecho a rechazar tratamiento, formular directivas anticipadas y la transmisión y prevención del SIDA y la infección por VIH. Entiendo que se podrían tomar fotografías, videos u otras imágenes mías o de partes de mi cuerpo para documentar mi atención, con fines de tratamiento o con fines de identificación y seguridad del paciente, y doy mi consentimiento para esto. Entiendo que pueden entregar esas imágenes a mi médico/cirujano con fines del tratamiento.
- 4. COSAS PERSONALES.** Entiendo que OHI no será responsable de mis cosas personales. Si quiero tener mis cosas conmigo en el hospital, puedo pedir que las guarden en la caja de seguridad del hospital o, si estoy en una habitación del hospital, puedo ponerlas en la caja de seguridad de mi habitación. OHI se reserva el derecho de confiscar cualquier sustancia ilegal, parafernalia, alcohol, armas de fuego o de cualquier tipo que estén en la propiedad de OHI.
- 5. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.** El Aviso de prácticas de privacidad de OHI y sus entidades afiliadas establece cómo OHI puede usar y revelar información médica. Reconozco que recibí el Aviso de prácticas de privacidad de OHI y sus entidades afiliadas.
- 6. CESIÓN DE BENEFICIOS.** Firmando abajo, estoy de acuerdo en hacer el pago directo a OHI de cualquier beneficio de terceros que de otro modo sería pagadero a o en mi nombre por la atención que recibo de OHI, incluyendo los servicios de emergencia, si se prestan. El pago a OHI por un tercero pagador liberará al pagador de todas y cada una de las obligaciones según mi póliza en la medida de ese pago. Estoy de acuerdo en pagar todos los cargos que no estén cubiertos o pagados por ningún tercero pagador en la medida permitida por la ley. Si mi factura debe entregarse a una agencia de cobros, acepto pagar los cargos de los abogados y los gastos de cobro a OHI. Si tengo un saldo a favor, se puede aplicar a cualquier saldo pendiente en Owensboro Health, Inc. o cualquiera de sus afiliadas, incluyendo Owensboro Health Medical Group, Inc.
- 7. FACTURACIÓN.** Para permitir que OHI facture los servicios prestados, acepto entregar o hacerle llegar a OHI toda la información necesaria para procesar mi reclamo del seguro y, si no tengo cobertura de seguro, un acuerdo firmado para hacer arreglos de pago. Autorizo que OHI reciba de la Administración del Seguro Social toda la información de elegibilidad de Medicare necesaria para procesar mi cuenta. OHI debe recibir la verificación de mi compañía de seguros sobre la cantidad de cobertura según mi póliza para servicios de hospital. Además, acepto pagarle a Owensboro Health todos los servicios prestados y los gastos incurridos por el paciente. Yo, como persona responsable de esta cuenta, entiendo que las facturas son pagaderas en su totalidad en el momento de prestar el tratamiento. Sujeto a las políticas de ayuda benéfica y ayuda económica de OHRH, las cuentas atrasadas se pueden entregar a una agencia de cobros y, en caso de que sea necesaria una acción legal para exigir el pago de esta cuenta, pagaré todos los costos judiciales, gastos, cargos de los abogados u otros costos que haya tenido como consecuencia de esos procedimientos. Si cree que puede ser elegible para recibir ayuda económica/ayuda benéfica, llame a uno de nuestros asesores económicos al (270) 685-7501.
- 8. SEGURO Y EMPLEADORES.** Por la presente autorizo que OHI revele información sobre mi atención a mi compañía de seguros con el fin de obtener el pago por los servicios que recibo. Reconozco y acepto que, si mi condición médica parece ser una lesión relacionada con el trabajo, OHI puede dar información sobre mi atención a mi empleador o a su aseguradora de compensación de los trabajadores, si corresponde, según sea necesario para cobrar el pago por los servicios prestados.
- 9. SOLO PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE.** Hago constar que la información que di cuando pedí el pago, según el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo que cualquier persona que tenga la información médica u otra información sobre mí la revele a la Administración del Seguro Social o al programa de Medicare o a sus intermediarios, aseguradoras o a la Organización de revisión profesional cualquier información necesaria para este reclamo o un reclamo relacionado con Medicare. Solicito que se paguen, en mi nombre, los beneficios autorizados. Firmando abajo, solo acuso recibo del documento "Un mensaje importante de Medicare" de OHI, en la fecha del ingreso que se indica abajo y no renuncio a ninguno de mis derechos a pedir una revisión ni me hago responsable del pago.
- 10. CONSENTIMIENTO PARA EL USO DEL CELULAR.** Proporcionando mi teléfono de casa, teléfono móvil, dirección de correo electrónico y cualquier otra información de contacto personal, autorizo a mi proveedor de atención médica a comunicarse conmigo a la dirección o teléfono que dé (incluso si dicho número está registrado en cualquier "Lista de No llamar") para que me informen sobre una cita pendiente, una cita perdida, un examen de bienestar atrasado, saldos vencidos, opciones de pago de facturas, resultados de laboratorio, encuestas a pacientes o cualquier otra conversación relacionada con la atención médica. Los mensajes móviles se pueden enviar usando una tecnología automatizada, incluyendo un marcador automático, un sistema automatizado o un sistema de marcación telefónica automática. También estoy de acuerdo en que mi proveedor, sus afiliados y cualquier proveedor de servicios externo puedan enviarme mensajes o interpretar mensajes sobre los temas anteriores y que dichos mensajes o llamadas se puedan hacer usando diferentes teléfonos o códigos cortos. Entiendo que se pueden aplicar tarifas estándar de datos y mensajes y soy responsable de cualquier tarifa de mensajes y datos impuesta por mi proveedor de telefonía móvil. Doy mi consentimiento para recibir varios mensajes por día o más de tres mensajes por semana de mi proveedor de atención médica, cuando sea necesario. Doy mi consentimiento para que se dejen mensajes con información en mi correo de voz, en mi contestador automático o con otra persona si no estoy disponible. Entiendo que no estoy obligado a dar mi consentimiento a estos mensajes de telemarketing como condición para comprar cualquier propiedad, bien o servicio. Puedo optar por no recibir mensajes en cualquier momento. Para dejar de recibir mensajes de texto, debo responder STOP a cualquier mensaje de texto de mi proveedor. Puedo seguir recibiendo mensajes de texto durante un breve periodo mientras se procesa mi solicitud y puedo recibir un mensaje de confirmación de exclusión por única vez.
- 11. INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y PRIVACIDAD DE LA SALUD.** Owensboro Health usa una tecnología nueva que usa inteligencia artificial para generar notas clínicas basadas en grabaciones de audio de las visitas de los pacientes. Esta tecnología reduce significativamente la cantidad de tiempo que su clínico dedica a la documentación y permite más tiempo para atenderlo. Su clínico revisa y aprueba toda la documentación para garantizar la precisión e integridad de su expediente médico. La grabación y la documentación asociada también pueden usarse para seguir mejorando la tecnología. Su participación es voluntaria y su atención no estará condicionada a que dé su consentimiento. Mi firma abajo confirma mi consentimiento para la grabación de mi visita de hoy y de cualquier futura visita. Entiendo que puedo revocar el consentimiento para la grabación de futuras visitas hasta que se confie en esta.

Yo, _____ (nombre en letra de molde), acepto que se pueda usar una copia de este registro de autorización del paciente en lugar de la copia original. Si soy elegible para recibir los beneficios de TRICARE, confirmo que recibí una copia del documento titulado "Mensaje importante de TRICARE". Reconozco que leí y entendí toda la información de arriba y tuve la oportunidad de hacer preguntas, las que respondieron de manera adecuada. Estoy de acuerdo con todas las condiciones de ingreso de OHI descritas arriba. Si no soy el paciente, declaro que yo estoy autorizado legalmente para aceptar estas condiciones de ingreso en nombre del paciente.

Fecha _____ Paciente/padre/madre/tutor/apoderado _____ Relación con el paciente _____

Testigo _____ Fecha _____ Hora _____

Este centro no discrimina a ningún paciente por su condición de infectado por VIH, por raza, credo, color, país de origen ni porque un paciente tenga la cobertura de un programa como Medicaid o Medicare.

SE DEBE ENTREGAR UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO AL PACIENTE Y A CUALQUIER OTRA PERSONA QUE FIRME ESTE DOCUMENTO.

REVISADO: 10/17/2024 ADMISIÓN17



Owensboro
Health

Specialty
Pharmacy

2200 E. Parrish Ave.
Building C
STE LL102
Owensboro, KY 42303

Horario

Lunes - viernes de 8:00 a. m. - 5:00 p. m.

Comuníquese con nosotros

Teléfono:

Farmacia de especialidades local: 270-713-9423
Llamada sin costo a la farmacia de especialidades: 877-570-8026
Apoyo clínico fuera del horario de oficina: 877-570-8026

Correo electrónico:

Specialty.Pharmacy@OwensboroHealth.org

OwensboroHealth.org/SpecialtyPharmacy