

# SISTEMA INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD EN EL HOGAR

SALUD EN HOGAR



INFUSIÓN



RESPIRATORIOS



EQUIPO MÉDICO DURADERO



ORTÓTICOS Y PROSTÉTICOS



## cms

Clinical Medical Services, Inc.



# Manual del Paciente

### Oficina Corporativa

Carr. PR-3 km 9.5 Ave 65 Infantería  
Reparto Industrial San Gabriel  
Carolina, PR 00985

### Oficina de Ponce

240 Sabanetas Industrial Park  
Ponce, PR 00716

787-620-2900 • (800) 981-0122

ABRIL 2022

# Tabla de Contenido

<b>Tabla de Contenido.....</b>	<b>1</b>
<b>Horario de Operación.....</b>	<b>2</b>
<b>Bienvenida.....</b>	<b>3</b>
<b>Quejas.....</b>	<b>3</b>
<b>La Cobertura de le Garantía, Directrices Adelantadas.....</b>	<b>4</b>
<b>Fraude, Despilfarro y Abuso.....</b>	<b>3-4</b>
<b>Derechos y Responsabilidades del Paciente.....</b>	<b>5-6</b>
<b>Nota de Practicas de Privacidad.....</b>	<b>7-10</b>
<b>Estándares de Proveedor de Medicare.....</b>	<b>11-13</b>
<b>Información de Seguridad.....</b>	<b>14-15</b>
<b>Preparación para Emergencias.....</b>	<b>16-17</b>
<b>Recordatorio Paciente Diabético.....</b>	<b>18</b>
<b>Información Sobre los Recursos en la Comunidad.....</b>	<b>19</b>
<b>Lavado de las Manos.....</b>	<b>20</b>
<b>Cubrirse la Boca al Toser.....</b>	<b>21</b>
<b>Oxígeno y Seguridad Contra Incendios.....</b>	<b>22</b>
<b>Prevención de Caídas.....</b>	<b>23</b>
<b>Gráfica de Duración de Oxígeno.....</b>	<b>24</b>
<b>Evaluación de Seguridad en el Hogar.....</b>	<b>25</b>
<b>Lista de Cotejo de Educación al Paciente.....</b>	<b>26</b>
<b>Relevo y Renuncia de Responsabilidad.....</b>	<b>27</b>
<b>Hoja de Consentimiento del Paciente /Cliente.....</b>	<b>28-29</b>
<b>Carta de Silla de Ruedas Motorizada.....</b>	<b>30</b>
<b>Información Importante.....</b>	<b>31</b>
<b>Información Financiera.....</b>	<b>32</b>
<b>Sección de Ortóticos y Prostéticos.....</b>	<b>33-40</b>



## **Horario de Operación, Teléfono y Localizaciones**

### **Horas de Oficina**

8:30 a.m. – 5:30 p.m.  
Lunes a viernes

### **Teléfono**

800.981.0122 or 787.620.2900  
Para servicio al cliente por favor marque la extensión 5200  
TTY 1.866.280.2053

### **Localizaciones**

**Oficina Corporativa** – Carr. PR-3 km 9.5 Ave 65 Infantería, Reparto Industrial San Gabriel  
Carolina, PR 00985

**Oficina de Ponce** - 240 Sabanetas Industrial Park, Ponce, PR 00716

### **Después de las Horas de Oficina, Fines de Semana, Días Feriados y Emergencias Declaradas**

Por favor llame al 800-981-0122 o 787-620-2900, le contestara un servicio de contestador automático, por favor espere hasta el final del mensaje. Deje su nombre, número de teléfono junto con un breve mensaje y un miembro del equipo de Clinical Medical Services le devolverá la llamada.

### **En Caso de Emergencia, Llame al 911**

#### **Misión:**

Nuestro objetivo es proporcionar a los pacientes equipo médico duradero de alta calidad, servicios respiratorios y farmacéuticos, suministros para diabéticos, ortopedia y prótesis basados en la necesidad médica y conveniencia para mejorar sus actividades de la vida diaria. Clinical Medical Services y sus compañías asociadas se comprometen a brindar servicios de calidad, administrados por profesionales que reconocen las necesidades del paciente, ante todo. Nuestros estándares, tanto personales como profesionales, reflejan y son consistentes con las más altas prácticas de ética empresarial.

#### **Visión:**

Proveer servicios integrados de salud a los pacientes que requieren equipos médicos y cuidado de salud en el hogar y expandir los servicios a otros mercados.

# Bienvenido a Clinical Medical Services

En Clinical Medical Services, ofrecemos una amplia gama de equipos médicos para ayudarle a mejorar su calidad de vida y las actividades de su vida diaria. Nuestro equipo especializado de atención en el hogar está comprometido a proporcionarle el mejor cuidado y atención personal en todo momento. A fin de satisfacer mejor sus necesidades y brindarle los servicios que usted espera, le pedimos su cooperación y que nos provea la siguiente información.

## LE PEDIMOS QUE POR FAVOR NOS NOTIFIQUE SI:

- Usted tiene una solicitud de entrega especial;
- Usted tiene una pregunta acerca de los productos o servicios que está recibiendo;
- Usted ha sido hospitalizado o está saliendo del área de servicio;
- Hay un cambio en su dirección, número de teléfono o en la cobertura de su seguro;
- Ya no necesita el equipo entregado

Clinical Medical Services está abierto de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. Sin embargo, cuando nuestra oficina está cerrada, hemos designado representantes de servicio que están disponibles las 24 horas del día, para atender sus necesidades, problemas o inquietudes. Si usted es un cliente que está recibiendo equipo médico, un gerente está disponible para ayudarlo con cualquier preocupación urgente. Si usted es un paciente de farmacia, nuestro equipo de farmacia está disponible 24 horas para atender sus necesidades.

## Querellas, Quejas o Inquietudes

Si tiene una querella, reclamación, inquietud o una sugerencia para poder servirle mejor, por favor contacte a uno de nuestros representantes de servicio 786-620-2900 o al TTY 1-866-280-2053. Si su queja o reclamación, sigue sin resolverse, puede llamar y hablar con el Gerente del Departamento. También puede llamar para reportar cualquier preocupación o registrar una queja a: **1) la Comisión de Acreditación Para el Cuidado de la Salud (ACHC)** al 855-937-2242, **2) a CMS (1. 800.MEDICARE)** o **3) a BOC (877.776.2200)**.

## Fraude, Desperdicio y Abuso

**El fraude** se define generalmente como tergiversación intencional hecha por una persona con el conocimiento de que el engaño podría resultar en algún beneficio no autorizado para él mismo o para otra persona. Incluye cualquier acto que constituya fraude según definido bajo las leyes federales o estatales aplicables.

**El Desperdicio** es la sobreexplotación de los servicios u otras prácticas que, directa o indirectamente, resultan en costos innecesarios para el sistema de Cuidado de salud, incluyendo los programas de Medicare y Medicaid. Generalmente, no es causado por negligencia criminal si no, por el mal uso de los recursos.

# Bienvenido a Clinical Medical Services continuación

**El abuso** incluye cualquier acción o acciones que puedan resultar directa o indirectamente, en uno o más de los siguientes:

- Costos innecesarios para el sistema de Cuidado de salud, incluyendo los programas de Medicare y Medicaid
- Pago indebido de servicios
- Pago por servicios que no cumplen con los estándares profesionales de atención reconocidos
- Servicios médicos innecesarios

## Reportes

Para reportar **Fraude a Medicare**, puede llamar a la oficina del **Inspector General** al 800-447-8477.

## Garantía de Equipos

Cada producto vendido o alquilado por nuestra empresa tiene un (1) año de garantía del fabricante. Clinical Medical Services honrará todas las garantías en virtud de la ley aplicable. Clinical Medical Services reparará o reemplazará, libre de cargo, el equipo que está bajo la garantía del fabricante. Además, le proveerá un manual con la información de garantía para todos aquellos equipos médicos duraderos en los cuales este manual esté disponible. Clinical Medical Services es un distribuidor de equipos médicos, no es un fabricante, y no se hace responsable

de los perjuicios causados por productos defectuosos.

## Directrices Adelantas

CMS reconoce el derecho de los pacientes adultos a tomar su propia determinación. Nosotros reconocemos que todas las personas, mayores de 18 años, tienen el derecho de formular una directriz anticipada y esta compañía honrará todas las directrices avanzadas de acuerdo con las leyes estatales y federales. Los pacientes que reciban servicios de uno de nuestros Terapeutas Respiratorios que tengan una Directriz Anticipada o desean ejecutar una, deben notificar al Terapeuta Respiratorio de su deseo para que lo documente en el Record Clínico. Este manual describe lo que las leyes federales dicen sobre su derecho a informar al personal que provee servicios médicos sobre su cuidado y tratamiento que usted desea o no desea, y sobre su derecho a escoger que otra persona tome estas decisiones por usted de usted estar física y mentalmente incapacitado.

## **Declaración de los Derechos del Paciente**

En Clinical Medical Services, creemos que nuestros pacientes tienen derechos y responsabilidades y estamos comprometidos a asegurar que cuidamos de nuestros pacientes en todo momento.

### **Como paciente de Clinical Medical Services, usted tiene el derecho a:**

1. Estar completamente informado con anticipación sobre los cuidados/servicios que se les brindará, incluidas las disciplinas que brindan de los cuidados y la frecuencia de las visitas, así como cualquier modificación al plan de cuidado.
2. Estar informado, antes de que se le provean los cuidados/servicio y su responsabilidad financiera.
3. Recibir información sobre el alcance de los servicios que proporcionara la organización y las limitaciones específicas de esos servicios.
4. Participar en el desarrollo y revisión periódica del plan de cuidado.
5. Rechazar los cuidados o el tratamiento después de que se le informe las consecuencias de rehusar los cuidados o el tratamiento.
6. Ser informado de lo derechos del cliente/paciente según la ley estatal para completar las Directrices Anticipadas, si aplica.
7. Los clientes/pacientes y su propiedad ser tratados con respeto, consideración y dignidad.
8. Todo empleado y/o visitante deberá tener una identificación adecuada.
9. Estar libre de maltrato, negligencia o abuso verbal, mental, sexual y físico, incluyendo las lesiones de origen desconocido y la apropiación indebida de la propiedad del cliente/paciente.
10. Expresar quejas/reclamos sobre el tratamiento o cuidados o la falta de respeto de la propiedad, o recomendar cambios en las políticas, el personal o los cuidados/servicios sin restricciones, interferencias, coerción, discriminación o represalia.
11. Tener quejas/reclamos sobre el tratamiento o la atención que se le proporciona (o que no se proporciona) o la falta de respeto de la propiedad investigada.
12. Confidencialidad y privacidad de toda la información contenida en el registro del cliente/paciente y de la Información de salud protegida.
13. Ser informado sobre las políticas y procedimientos de la agencia con respecto a la divulgación de registros clínicos.
14. A escoger un proveedor de cuidados de salud, incluyendo un médico que lo atienda, si aplica.
15. Recibir la atención adecuada sin discriminación de acuerdo con las órdenes del médico, si aplica.
16. Ser informado de cualquier beneficio financiero cuando sea referido a una organización.
17. Estar completamente informado de sus responsabilidades.

**Como paciente de Clinical Medical Services, usted tiene la responsabilidad de:**

1. Utilizar el equipo y los suministros con un cuidado razonable, de la manera que fue pensada.
2. No alterar o modificar el equipo y devolverlo en buenas condiciones teniendo en cuenta el desgaste normal;
3. Almacenar suministros y equipos según las instrucciones de nuestro personal y proporcionar un cuidado razonable para evitar que estos artículos se dañen, extravíen o sean robados;
4. Reportar con prontitud cualquier mal funcionamiento o defectos en cualquiera de los equipos, productos o suministros que hemos proporcionado para que podamos reparar o reemplazar.
5. Permitir acceso a nuestros representantes autorizados a todo el equipo de alquiler para la reparación, reemplazo, mantenimiento y recogida;
6. Mantener el equipo, los productos y los suministros en su poder en la dirección acordada, a menos que nuestra organización lo autorice;
7. Notificar a nuestra empresa si usted es hospitalizado, planea abandonar la zona, cambio de seguro de salud, médico o tratamiento;
8. Notificar a nuestra empresa si su tratamiento es cambiado, suspendido o terminado;
9. Aceptar la responsabilidad financiera de los equipos, productos y suministros proporcionados por nuestra empresa.

# NOTA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTA NOTA DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ELLA. POR FAVOR REVISE ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE.**

Esta Nota de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y revelar su información (PI) protegida de salud para llevarse a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones (TPO) del cuidado de la salud y para otros propósitos que se permiten o son requeridos por la ley. Describe también sus derechos de conseguir acceso y para controlar su información protegida de la salud. "Información protegida de salud" es información acerca de usted, incluyendo información demográfica, que lo puede identificar a usted sobre su condición mental, física, o relacionada a sus servicios de salud en el pasado, presente y futuro.

## **1. Usos y Divulgaciones de Información Protegida de Salud**

### **Usos y Divulgaciones de Información Protegida de Salud**

Su información protegida de salud, se puede usar y ser revelada por su médico, nuestro personal de oficina y otros miembros de nuestra organización que interactúan en su cuidado y tratamiento con el propósito de proveer un servicio de salud a usted, para el pago de dichos servicios y para apoyar la operación de las actividades comerciales de la práctica de su médico y cualquier otro uso requerido por ley.

**El tratamiento:** Usaremos y revelaremos su información protegida de salud para proveer, coordinar, o para manejar su cuidado de la salud y otros servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o la administración de su cuidado de salud con otras organizaciones. Por ejemplo, nosotros revelaríamos su información protegida de salud, si es necesario, a una agencia de cuidado de salud que le va a proveer servicios a usted. Por ejemplo, su información protegida de salud puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurarnos que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

**El pago:** Su información protegida de salud se usará, cuando sea necesario, para obtener el pago por sus servicios de salud. Por ejemplo, su admisión en un hospital puede requerir que se revele información protegida de salud, para obtener la aprobación de su plan médico.

**Las Operaciones de servicio de salud:** Podemos usar o podemos revelar, cuando sea necesario, su información protegida de salud para sostener las actividades de comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no están limitadas a, la evaluación de la calidad de servicios, la revisión de las actividades del personal, adiestramientos a estudiantes de medicina, permisos, y conducir o arreglar otras actividades económicas. Por ejemplo, podemos divulgar su información protegida de salud a estudiantes de medicina que vean pacientes en nuestra oficina. En adición, se puede utilizar una hoja de registro que está colocada en recepción para que firme su nombre indique su médico. Usted puede ser llamado por su nombre, en el área de espera, cuando la persona esté lista para atenderlo. Nosotros podemos usar o revelar su información protegida de salud, según sea necesario o para darle un recordatorio sobre su cita.

**Usos y Divulgaciones Permitidas:** Podemos usar o podemos revelar su información protegida de salud en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: **Según sea Requerido por Ley:** Podemos divulgar o Proteger su información en cualquier circunstancia donde la ley nos lo requiera. **Situación de Salud Pública:** Podemos divulgar su Información Protegida de salud para ciertas actividades de salud pública tales como prevenir o controlar enfermedades, abuso o negligencia infantil o revelar una posible exposición a una enfermedad Transmisible: **Abuso o Negligencia:** Podemos divulgar o Proteger su información a las autoridades de gobierno si creemos que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. **Junta de la Salud:** Podemos divulgar su Información Protegida de salud a las agencias responsables de velar por las actividades de salud tal como: auditorias, investigaciones, o acciones de licenciamiento. Bajo esta ley, nosotros debemos divulgarle a usted, y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, para investigar y determinar el cumplimiento con los requerimientos de la Sección 164.500 del Registro Federal.



## Confidencialidad

**Procedimientos Legales:** Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos revelar información de salud protegida sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos revelar información protegida sobre su salud en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud (que puede incluir una notificación por escrito para usted) o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

**Aplicación de la ley:** Podemos revelar su información de salud protegida a la policía si se le pide que, por ciertas razones, como para aportar pruebas sobre la conducta criminal.

**Médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos:** Podemos revelar información médica confidencial acerca de las personas que han muerto a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias. También podemos hacer divulgaciones a las agencias que se encargan de la obtención y trasplante de órganos

**Investigación:** Podemos revelar su información protegida de la salud en relación con ciertas actividades de investigación después de pasar por un proceso de aprobación especial.

**Recaudación de fondos:** Podemos usar o divulgar información limitada de salud protegida para comunicarnos con usted con respecto a la recaudación de fondos, del cual usted puede optar por no participar. No condicionaremos su tratamiento ni las opciones de pago en su decisión.

**Amenazas graves a la salud o a la seguridad:** Podemos divulgar su información protegida de salud si es necesario para prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad de una persona o del público.

**Funciones especializadas del gobierno:** Podemos revelar su información de salud protegida para ciertas funciones gubernamentales especializadas, tales como las actividades militares y de veteranos, si usted es un miembro de las fuerzas armadas, las actividades de inteligencia y de seguridad nacional y actividades de las instituciones correccionales, si usted es un preso.

**Compensación:** Podemos divulgar su información protegida de salud a trabajadores de programas de compensación u otros programas que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**A personas involucradas en su cuidado o pago de su atención:** Podemos revelar información médica sobre usted a un amigo o miembro de la familia que esté involucrado en su atención médica o con fines de notificación. También podemos dar información a alguien que ayude a pagar su atención. Usted puede solicitar que ninguna parte de su información de salud protegida no sea revelada a miembros de la familia o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación descritos en este Aviso de Prácticas de Privacidad.

## Confidencialidad

**Categorías especiales de información:** En algunas circunstancias, su información protegida de salud se puede restringir de una manera que limita algunos de los usos y revelaciones descritas en este aviso. Por ejemplo, hay restricciones especiales sobre el uso o la divulgación de ciertas categorías de información—por ejemplo, pruebas para el VIH o el tratamiento de problemas de salud mental o de abuso de alcohol y drogas. Programas de beneficios de salud del gobierno, tales como Medicaid, también pueden limitar la divulgación de información de los beneficiarios para fines no relacionados con el programa.

**2. Otros usos de la información médica protegida:** Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros **se harán sólo con su permiso por escrito**. La mayoría de los usos y revelaciones de las notas de psicoterapia, usos y revelaciones para la comercialización, y las revelaciones que sería una venta de información de salud protegida, requieren su autorización por escrito. Si usted nos da permiso para usar o divulgar la información de salud protegida sobre usted, usted puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su permiso, esto detendrá cualquier uso o divulgación de dicha información de salud protegida para los fines cubiertos por su autorización por escrito, excepto si ya hemos actuado en consonancia con su permiso. Usted entiende que no podremos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a retener nuestros registros de la atención que le brindamos.

## 3. Sus Derechos

La siguiente es una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

### **Usted tiene el derecho de acceso para inspeccionar y copiar su información de salud protegida.**

Sin embargo, bajo la ley federal, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información compilada en anticipación razonable de, o uso en, una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo, e información de salud protegida que está sujeto a cualquier otra ley que prohíbe el acceso a la información de salud protegida. También puede solicitar que su PHI se envíe al individuo designado. Sin embargo, su solicitud puede ser objeto de la negación y la compañía podrá cobrar una cantidad razonable para el cumplimiento de su petición.

**Usted tiene derecho a solicitar una restricción de su información de salud protegida.** Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos ni divulguemos cualquier parte de su información de salud protegida a los efectos de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quien usted quiere que la restricción aplique. En la mayoría de los casos, el médico no está obligado a aceptar una restricción que usted puede solicitar. Si su médico cree está en su mejor interés de permitir el uso y divulgación de su información protegida de la salud, su información de salud protegida no será restringida. A continuación, tiene el derecho a usar otro profesional de la salud. Sin embargo, debemos estar de acuerdo con su solicitud de una restricción en la divulgación de su información de salud protegida a un plan de salud para un pago o para el propósito de las operaciones de salud, y la información médica protegida sólo se refiere a un elemento de cuidado de la salud o un servicio que en el que hemos sido pagado de su bolsillo en su totalidad por usted o alguien en su nombre.

## Confidencialidad

**Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alterna. Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, a petición, incluso si estuvo de acuerdo en aceptar esta nota alternativamente en otras palabras electrónicamente.**

**Usted puede tener el derecho de que su médico enmiende su información protegida de salud.** Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

**Usted tiene el derecho de recibir un informe de ciertas divulgaciones que hayamos realizado,** en su caso, de su información de salud protegida.

### 4. Cambios a este Aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que la notificación revisada o modificada entre en vigencia para la información de salud protegida que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Le informaremos por correo de cualquier cambio, y el nuevo aviso estará disponible a petición. Usted entonces tiene el derecho de oponerse o retirar según lo dispuesto en este aviso.

### 5. Quejas

Puede reportar una queja a nuestro Oficial de Privacidad Evelyn Barbes P.O. Box 3569 Carolina, PR 00984-3569 por correo o llamar a 787-620-2900 o al Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados por nosotros. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

**6. Nuestras Responsabilidades Legales:** Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información protegida de la salud, a proporcionar a las personas con este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información protegida de salud, cumplir con los términos de este aviso, y notificar a las personas afectadas a raíz de una violación de la garantía información de salud protegida. Si usted tiene alguna objeción a este formulario, o si desea más información sobre sus derechos y nuestras prácticas de privacidad en virtud de este aviso, por favor pida hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA en persona o por teléfono a nuestro número de teléfono principal.

**Fecha Efectiva:** Este aviso entro en vigencia 23 de septiembre 2013.

# Estándares de Proveedor de Medicare

Estos son los estándares de proveedores de Medicare en la versión abreviada y fueron revisados en abril 2022 contra la versión completa. La versión completa de los Estándares del Proveedor la encuentra en el 42 CFR 424.57(c).

1. El suplidor deberá cumplir con toda licencia aplicable del Gobierno Federal y Estatal y con todo requerimiento regulatorio, y no podrá contratar a un individuo o entidad para proveer esos servicios que requieran licencia.
2. El suplidor deberá proveer información completa y actualizada en la solicitud para suplidor de DMEPOS. Cualquier cambio de esta información deberá ser reportado al National Supplier Clearinghouse en 30 días.
3. Una persona autorizada (alguien cuya firma obligue a la compañía) deberá firmar la solicitud para obtener privilegios de facturación.
4. El suplidor dispensará las recetas/órdenes de su propio inventario o deberá tener un contrato con otras compañías para la compra de los artículos necesarios para dispensar las recetas/órdenes. El suplidor no podrá tener contratos con ninguna entidad que esté excluida del programa de Medicare, cualquier programa de salud Estatal, o de los programas Federales de obtención y no obtención.
5. El suplidor deberá informar a los beneficiarios de que pueden alquilar o comprar equipo médico durable económico o rutinariamente comprado, y de la opción de compra de los equipos alquilados una vez que lleguen a su término de alquiler.
6. El suplidor deberá notificar a los beneficiarios de la cobertura de las garantías y honrar toda garantía aplicable bajo la ley Estatal, y reparar o reemplazar sin costo alguno, todo artículo cubierto por Medicare.
7. El suplidor deberá mantener un local físico en un lugar apropiado. Este estándar requiere que el local seas accesible al público y este atendido durante las horas de operación. El local deberá medir por lo menos 200 pies cúbicos y tener espacio para guardar los expedientes médicos.
8. El suplidor deberá permitirle a CMS, o a sus agentes, que conduzcan inspecciones, para asegurar que el suplidor este en cumplimiento con estos estándares. El local del suplidor deberá ser accesible a los beneficiarios durante horas de negocios razonables y deberá mantener un letrero visible incluyendo las horas de operación.

## Estándares de Proveedores de Medicare (Continuación)

9. El suplidor debe mantener una línea de teléfono para el negocio la cual está registrada bajo el nombre del negocio en el directorio local, o un número sin costo, disponible a través de la operadora. El uso exclusivo de un beeper, de una grabadora, de un servicio de contestadora o de un teléfono celular durante las horas de operación, está prohibido.
10. El suplidor debe tener seguro comprensivo de riesgo y responsabilidad por una cantidad de por lo menos \$300,000 que cubra los dos, el negocio y los clientes y empleados del suplidor. Si el suplidor manufactura sus propios artículos este seguro debe también cubrir riesgo y responsabilidad del producto y la operación en su totalidad.
11. El suplidor debe estar de acuerdo en no iniciar contacto telefónico con beneficiarios, con algunas excepciones. Este estándar les prohíbe a los suplidores contactar a los beneficiarios de Medicare basados en alguna receta médica verbal a menos de que le aplique alguna excepción.
12. El suplidor es responsable de entregar y explicar a los beneficiarios cómo usar todo artículo cubierto por Medicare, y mantener prueba de entrega.
13. El suplidor debe contestar preguntas y responder a toda queja que los beneficiarios tengan, y mantener documentación de dichos contactos.
14. El suplidor debe dar mantenimiento y reemplazar sin costo alguno o reparar directamente, o a través de un contrato de servicio con otra compañía, artículos cubiertos por Medicare que el suplidor haya alquilado a los beneficiarios.
15. El suplidor aceptará devoluciones de artículos de baja calidad, o inapropiados de los beneficiarios (artículos cuya calidad es inferior a la establecida para dicho artículo y/o artículos que son inapropiados para el beneficiario en el momento de haber sido medidos y alquilados o vendidos).
16. El suplidor debe revelar estos estándares para suplidores a cada beneficiario a quien provee artículos cubiertos por Medicare.
17. El suplidor debe revelar al Gobierno toda persona dueña, que tenga participación financiera o participación en el control del negocio.
18. El suplidor no deberá transferir o reasignar el número de suplidor (ej: el suplidor no puede vender o permitir que otra entidad use su número de suplidor de Medicare).
19. El suplidor debe establecer un plan para resolver quejas de los beneficiarios relacionadas a estos estándares. Un registro de estas quejas deberá ser mantenido en el local del suplidor.

# Estándares de Proveedores de Medicare (Continuación)

20. El registro de las quejas debe incluir: nombre, dirección, número de teléfono y el número de Medicare (HICN) del beneficiario, un resumen de la queja y cualquier acción tomada para resolverla.

21. El suplidor debe acceder a proporcionarle a CMS cualquier información requerida por el estatuto y regulaciones de implementación de Medicare.

22. Todo suplidor debe estar acreditado por una organización de acreditación aprobada por CMS para obtener y retener sus privilegios para facturación. La acreditación debe indicar los productos y servicios específicos, para los cuales el suplidor es acreditado para que el suplidor reciba pago para aquellos productos (excepto ciertos productos farmacéuticos exentos).

23. Todo suplidor debe notificar su organización de acreditación cuando se abra un nuevo local de DMEPOS.

24. Cada local del suplidor, propio o subcontratado, debe cumplir con los estándares de calidad de DMEPOS y ser acreditado por separado para facturar a Medicare.

25. Todo suplidor debe revelar durante el periodo de inscripción, todos sus productos y servicios, incluyendo la adición de nuevos productos para los cuales está solicitando acreditación.

26. Debe cumplir con los requisitos de fianza de garantía especificados en 42 C.F.R. 424.57 (c).

27. El suplidor debe obtener oxígeno de un suplidor que tenga licencia del Estado para suplir oxígeno.

28. El suplidor debe mantener documentación, órdenes y referidos, de acuerdo con las provisiones que se encuentran en 42 C.F.R. 424.516(f).

29. Los suplidores de DMEPOS tienen prohibido compartir su local con ciertos proveedores y suplidores de Medicare.

30. Los suplidores de DMEPOS deben permanecer abiertos al público por un mínimo de 30 horas por semana con ciertas excepciones.

**Teléfono para Beneficiarios de Medicare  
800-633-4227**

## Información de Seguridad

Es esencial que usted opere su equipo y los suministros de forma segura y correcta. Las siguientes sugerencias le ayudarán a utilizar de forma segura estos dispositivos.

1. Siempre siga las instrucciones indicadas por el representante de **Clinical Medical Services**.
2. Utilice siempre los dispositivos de seguridad previstos.
3. Nunca cambie, cubra o pase por alto las alarmas.
4. Siempre utilice los seguros por seguridad, asegúrese que están cerrados cuando utilice equipo para moverse.
5. Nunca se siente o levante de una silla de ruedas a menos que los seguros estén puestos.
6. Los aparatos eléctricos deben ser conectados a una toma de tierra adecuada que cumpla con los requisitos de amperaje del equipo. Nunca exponga los dispositivos eléctricos a agua o líquido.
7. Asegúrese de que el suelo esté libre de alfombras pequeñas y sueltas. Tape los cables eléctricos que se encuentran en áreas de tráfico alto para evitar tropiezos.
8. Evite el uso de cables de extensión y múltiples enchufes. Coloque el equipo lo más cerca posible a la toma de corriente.
9. Si es necesario, reacomode los muebles para proporcionar un fácil acceso a zonas importantes de su hogar.
10. Utilice alarmas de humo y extintores de incendios y verifíquelos con regularidad.
11. Mantenga cerca del teléfono los números de teléfono importantes para utilizarlos en caso de emergencia.
12. Asegúrese que ninguna parte del cuerpo entre en contacto con partes móviles de los equipos (sillas de ruedas, subir y bajar las camas, etc.).
13. Sólo las personas responsables familiarizadas con la operación deben controlar los dispositivos. Los niños y adultos incompetentes no deben operar dispositivos.
14. Almacene el Oxígeno y los suplidos según las instrucciones y manténgalos lejos del alcance de los niños.

## Información de Seguridad Continuación

15. Guarde los medicamentos y suministros, fuera del alcance de los niños y las mascotas.
16. Si su equipo cuenta con una batería de emergencia, mantenga el equipo conectado a la toma de corriente para mantener la batería cargada.
17. No toque ningún aparato eléctrico o el aparato con las manos mojadas, mientras está de pie sobre un piso húmedo o mientras está en el baño.
18. No caliente ningún medicamento en el microondas o agua caliente a menos que no haya sido ordenado por su farmacéutico.
19. Si utiliza oxígeno, recuerde que debe mantener sus carteles de "No fumar" visibles para la familia, visitantes y trabajadores de emergencia. Tenga cuidado y evite tropiezos con su tubo de oxígeno.

**Cualquier inquietud de seguridad relacionada con la atención o los servicios proporcionados por Clinical Medical Services pueden informar al Gerente de Servicio al Cliente al 787-620-2900 o 800-981-0122 extensión 5200**



## **PREPARACIÓN PARA EMERGENCIA Y DESASTRES**

### **Desastres**

Un desastre puede ocurrir en cualquier momento y en cualquier lugar. Puede ser un huracán, tornado, inundación, incendio, derrame peligroso, un acto de la naturaleza o un acto de terrorismo. Puede llegar de repente, sin previo aviso o en días o semanas. Usted podría verse afectado por uno de estos eventos en cualquier momento.

### **Planificación para Emergencias:**

Clinical Medical Services tiene preparado un Plan de Emergencia de Desastres y es responsable de coordinar todas las actividades relacionadas para continuar con las operaciones diarias en el caso de que ocurra un Huracán/Tormenta Tropical, o un evento natural o provocado por el hombre.

Le sugerimos que tome el tiempo para crear su PLAN DE EMERGENCIA / Desastres. Los Oficiales para el Manejo de Emergencias sugieren tener suficientes alimentos, agua, medicinas y otros suministros necesarios para por lo menos tres (3) días. Es altamente recomendable que su hogar este equipado con un generador eléctrico.

### **Entregas: Huracanes o Tormentas Tropicales:**

Si donde usted reside hay una vigilancia de Huracán o Tormenta Tropical, la Compañía seguirá haciendo entregas. Sin embargo, una vez que haya publicado una advertencia de Huracán o la Tormenta Tropical y las velocidades del viento lleguen a tener una constante de 35 mph, la Compañía detendrá las entregas y se le notificará a nuestros Técnicos y Terapistas Respiratorios a que detengan su trabajo. Una vez que el Centro Nacional de Huracanes y Manejo de Emergencia notifiquen que el "Peligro ha Pasado" Clinical Medical Services reanudará los servicios. Por favor recuerde que puede que sea difícil llegar a su zona a causa de árboles caídos, líneas eléctricas, inundaciones y carreteras cerradas.

### **Sistema de teléfono:**

Si por alguna razón el sistema telefónico de Clinical Medical Services deja de funcionar, utilizaremos nuestro servicio telefónico de contestación, teléfonos celulares y servicio de reenvío de llamadas para continuar recibiendo las llamadas y ofreciéndoles servicios a los pacientes.

### **Reserva de Oxígeno en Emergencia:**

Antes del comienzo de la temporada de huracanes, Clinical Medical Services como parte de su prevención entregará a sus pacientes de oxígeno una reserva para ser utilizada en caso de una emergencia. Iniciamos este plan debido a la alta posibilidad de la pérdida de electricidad durante y después de una tormenta. Teniendo la reserva de oxígeno los pacientes pueden ser autosuficientes al menos por 48 horas después de que la tormenta haya pasado.

## **PREPARACIÓN PARA EMERGENCIA Y DESASTRES continuación**

### **Desalojo:**

Si usted vive en una zona de evacuación o reside en una casa móvil y le han dado órdenes de desalojo, hágalo inmediatamente. Recuerde que debe llevar todo el equipo médico necesario, medicamentos y suministros de emergencia con usted. Contacte a Clinical Medical y déjenos saber dónde se encuentra para poder continuar ofreciéndole los servicios después que la tormenta haya pasado.

### **Refugios Públicos:**

Solo debe utilizar los Refugios Públicos como último recurso, si no tienen a dónde ir. Es mejor quedarse con familiares, amigos o en hospederías fuera de las zonas de evacuación. En los Refugios Públicos no tienen intimidad, ropa de cama y los alimentos y el agua son limitadas. No aceptan las personas que requieren de asistencia médica continua o el uso de equipos médicos eléctricos.

### **Recursos de la Comunidad:**

Una lista de números de teléfonos puede ser encontrada en el Manual del Paciente.

### **Anuncios Públicos:**

Antes, durante y después de un desastre y sólo si es necesario, Clinical Medical Services dará a conocer a través de radio o televisión cualquier instrucción especial en lo que respecta a la empresa y sus servicios médicos. Escuche la radio o televisión local para escuchar estos anuncios actualizados.

**Si usted tiene alguna pregunta sobre la preparación de desastres,  
por favor llámenos al: (787) 620-2900 o al (800) 981-0122**

## Paciente Diabético RECORDATORIO

Para Clinical Medical Services, Inc. su salud es muy importante.

Su médico ha ordenado que verifique sus niveles de glucosa con cierta regularidad.

**Los niveles recomendados varían 70 – 130 mg/dL en ayuna, y menos de 180 mg/dL**

**luego de 2 horas de haber comido.**

**Si su nivel está sobre estos valores, comuníquese con la oficina de su médico para atención inmediata.**

Recuerde ordenar su suplido con 7 días de anticipación. Puede comunicarse con uno de nuestros representantes de lunes a viernes de 8:30am – a 5:30 pm



**787-620-2900 Extensión 5200.**

**TTY 1-866-280-2051**

Usted puede visitar nuestras facilidades para obtener servicio y están ubicadas en:

- Carr. PR-3, Km 9.5, Ave. 65 de Infantería, Reparto Industrial San Gabriel, Carolina, PR 00985
- 240 Sabanetas Industrial Park Ponce, PR 00716

Para nosotros es un placer servirle y agradecemos su patrocinio.

# Información Sobre los Recursos de La Comunidad

Policía, Bomberos, Rescate y Ambulancia

911

Nombre y Número de Teléfono de los Médicos

\_\_\_\_\_

Nombre ALF y Número de Teléfono

\_\_\_\_\_

Nombre de Salud y Número de Teléfono

\_\_\_\_\_

Nombre de Contacto de Emergencia y Número de Teléfono

\_\_\_\_\_

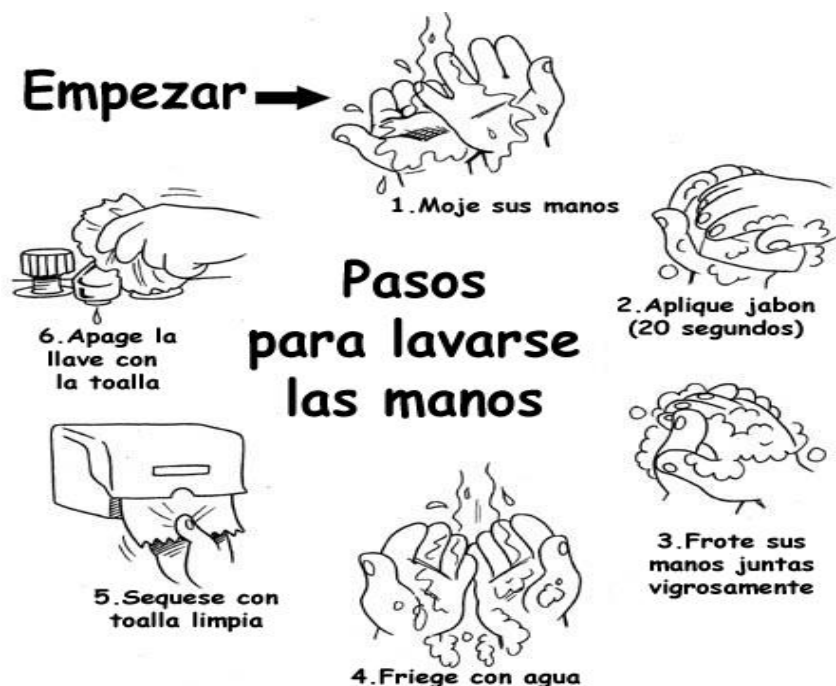
Agencia / Servicio	Número de Teléfono
Asociación Sordos Servicio de Transmisión ZVRS 711	711
Emergencia Médica Local	787-480-2222
Emergencia Médica Estatal	787-775-0550 787-754-2550
Cruz Roja Americana	787-758-8150
Control de Envenenamiento	800-222-1222
Agencia Estatal para Manejo de Desastres/Oficina de Área de F.E.M.A.	787-724-0124
<b>Agencias / Asociaciones de Puerto Rico</b>	
Asoc. Americana del Cáncer	787-764-2295
Asoc. Centro de Salud Comunal de P.R.	787-758-3411
Línea de Auxilio Sida	787-765-1010
Asoc. De Distrofia Muscular	787-751-4088
Asoc. De Padres Pro-Bienestar de Niños con Impedimentos	787-763-4665
Asoc. Espina Bífida e Hidrocefalia de P.R.	787-740-0033 787-740-6695
Asoc. Padres y Amigos del Centro de Diagnóstico y Orientación para Niños Retardados Mentales, Inc. (Centro del Triunfo)	787-771-4420
Asoc. De Padres y Niños Sordos y Ciegos	787-793-8625
Asoc. Pro-Niños con Retardo	787-764-5836 787-764-5970
Asoc. Puertorriqueña de Diabetes	787-729-2210
Asoc. Puertorriqueña del Corazón	787-283-0330
Asoc. Puertorriqueña del Pulmón	787-765-5664
Asoc. Puertorriqueña Fisioterapia/Terapia Física	787-754-8509
Asoc. Puertorriqueña Pro-Bienestar de la Familia	787-765-7373
Casa del Cáncer / Niños que quieren sonreír	787-725-0233

# Lavados de las Manos

El lavado frecuente y apropiado de las manos puede prevenir la extensión de gérmenes en su ambiente familiar. Siga esta guía de instrucciones:

## TÉCNICA APROPIADA

1. Moje sus manos con agua caliente, cierre la llave.
2. Aplique el jabón de barra o líquido.
3. Frote sus manos juntas vigorosamente por lo menos 20 segundos.
4. Friegue todas las superficies incluyendo las partes posteriores de sus manos, muñecas, entre sus dedos y debajo de sus uñas.
5. Enjuague bien con agua. Cerciórese de que el agua esté bajando de sus muñecas abajo a sus dedos.
6. Séquese las manos con una toalla limpia o con aire.
7. Si usted está en un lavabo público, deje el agua funcionar cuando usted acaba de lavar sus manos. Después de que usted seque sus manos, use la toalla de papel para cerrar la llave.



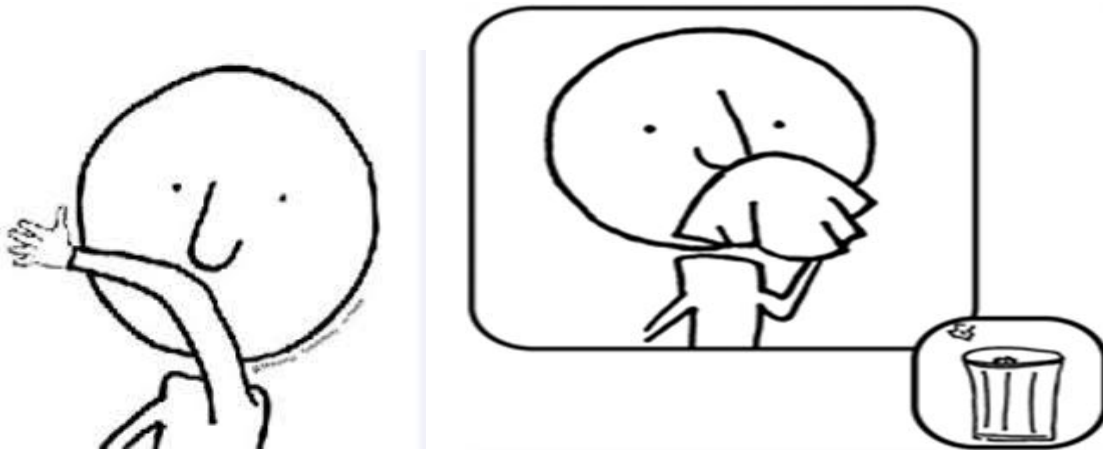
# Cúbrase la Boca al Toser

**Detenga la proliferación de gérmenes que lo enferman a usted y a los demás**

La influenza (gripe) y otras enfermedades respiratorias graves como el virus respiratorio RSV, la tos ferina y el síndrome respiratorio agudo severo (SARS), se diseminan al toser, estornudar o al no higienizarse bien las manos.

Para ayudar a detener la propagación de gérmenes:

1. Cúbrase la boca y la nariz con un pañuelo desechable cuando tose o estornuda.
2. Arroje el pañuelo usado en un cesto de basura.
3. Si no tiene pañuelos desechables, tosa o estornude cubriéndose la boca con su manga superior o el codo, no con sus manos.
4. Es posible que le soliciten que se coloque una mascarilla para proteger a los demás.
5. Lávese las manos frecuentemente con agua tibia y jabón durante 20 segundos.
6. Si no se dispone de agua y jabón, utilice un desinfectante para manos a base de alcohol.



# Seguridad de Oxígeno y Contra Incendios

Lo que usted, su familia y / o cuidador debe saber:

1. **NO FUME** – Oxígeno y Fumar es Peligroso
2. No se debe fumar en el hogar
3. No utilice velas o lámparas de gas en el hogar
4. Mantenga el oxígeno y el tubo a una distancia de 25 pies de cualquier fuente de calor
5. Mantenga materiales inflamables lejos de cualquier fuente de oxígeno
6. Mantenga un letrero de “NO FUMAR” visible todo el tiempo
7. Tenga al menos un detector de humo e inspecciónelo mensualmente
8. Tenga al menos un extintor de fuego e inspecciónelo mensualmente
9. El oxígeno se debe usar y almacenar en áreas bien ventiladas
10. NO ALMACENE cilindros de oxígeno debajo de camas, en closets o detrás de las cortinas
11. Lávese las manos, estas deben estar libre de grasa o aceite antes del manejo con oxígeno
12. NO UTILICE vaselina, lociones con base de aceite, aerosol de cabello, esmaltes o removedor de esmalte y aerosoles
13. Los tubos de oxígeno nunca deben estar debajo de la ropa, ropa de cama, alfombras o tapetes
14. Los cilindros de oxígeno deben mantenerse parados o en estantes. Los cilindros pequeños pueden colocarse al lado en un área bien ventilada
15. No almacene o transporte cilindros de oxígeno en el baúl del vehículo
16. Si usted acude a un restaurante, al hogar de un familiar o de amigos esta alerta a los fumadores, velas prendidas o cualquier otra fuente inflamable que este alrededor suyo
17. El fumar y el uso de oxígeno puede poner a sus vecinos y edificios adyacentes en riesgo
18. El uso de oxígeno incrementa el riesgo de fuego
19. El fuego se propaga rápidamente mientras más oxígeno se encuentre suspendido en el aire

## Causas Comunes de Fuego en los Hogares:

20. Fumando usando el oxígeno
21. Descuido de los Fumadores
22. Velas o Inciensos desatendidos
23. Utensilios de cocina a lado de la estufa caliente sin atender
24. Uso inapropiado de cables de extensión
25. Receptáculos eléctricos sobrecargados
26. El uso de calentadores eléctricos ubicados en lugares inapropiados
27. Árboles de Navidad y decoraciones
28. Niños curioseando jugando con fósforos o encendedores
29. Uso inapropiado o mal funcionamiento del barbacoa o parrillas
30. Secadoras de Ropa

# PREVENIR UNA CAÍDA

Una caída en casa es el accidente más frecuentemente reportado

Reduzca el riesgo de caídas

## ALREDEDOR DE SU CASA

### Baños

- Considere la posibilidad de instalar un asiento de inodoro elevado
- Considere la posibilidad de instalar barras de apoyo dentro de las áreas de la bañera y ducha y junto al inodoro
- El piso de la bañera y de la ducha debe tener superficies antideslizantes (tiras o alfombrillas)

### Pisos

- Fije las alfombras y los tapetes sueltos con cinta adhesiva
- Mantenga las zonas por donde camina libres de obstáculos, cables de electricidad y teléfono y otros objetos pequeños
- Repare los agujeros o desgarros de las alfombras
- Evite aplicar cera a los pisos

### Iluminación

- Mantenga luces nocturnas encendidas en los pasillos, dormitorios y baños
- Coloque linternas en lugares convenientes
- Encienda una luz antes de entrar en una habitación en su casa.
- Asegúrese de encender una luz cerca de la cama, antes de levantarse

### Cocina

- Los elementos que se utilizan con frecuencia se deben guardar en estantes bajos
- No se pare en una silla para alcanzar elementos

### Escaleras

- Se deben instalar pasamanos resistentes en todas las escaleras
- Todas las escaleras bien iluminadas

## HÁBITOS PERSONALES

- Averigüe si los medicamentos que toma le podrían producir mareos, adormecimiento o pérdida del equilibrio
- Considere la posibilidad de utilizar un bastón o un andador
- No camine solamente con medias
- Use calzado con buen apoyo y que le calce cómodamente, con tacones bajos y suelas no deslizantes
- No tome más de dos bebidas alcohólicas al día

## EMERGENCIA

- Considere un Sistema de Alerta de emergencias que tenga un botón y que se pueda poner sobre el cuello
- Asegúrese que pueda alcanzar un teléfono



## Gráficas de Duración Oxígeno

Todas las horas están basadas en un tanque lleno (2,000 psi)

LPM	<u>Pediátrico Regulador "B" Tanque Flujo Continuo</u>	<u>ADULTO Regulador "B" Tanque Flujo Continuo</u>	<u>"B" Tanque Flujo Conserva</u>	<u>"E" Tanque Flujo Continuo</u>	<u>M60 Tanque Flujo Continuo</u>	<u>"H" Tanque Flujo Continuo</u>
0.03 = 1/32	91.5 Hrs	N/A	N/A	N/A	22 Días	N/A
0.06 = 1/16	45.25 Hrs	N/A	N/A	N/A	11 Días	40 Días
0.12 = 1/8	22.25 Hrs	N/A	N/A	N/A	6 Días	20 Días
0.25 = 1/4	10.5 Hrs	N/A	N/A	30 Hrs	2.75 Días	10 Días
0.37 = 3/8	7.0 Hrs	N/A	N/A	N/A	1.50 Días	6.5 Días
0.50 = 1/2	5.25 Hrs	N/A	N/A	16 Hrs	57 Hrs	5 Días
0.75 = 3/4	3.25 Hrs	N/A	N/A	N/A	38 Hrs	3.25 Días
1	2.25 Hrs	2.25 Hrs	8 Hrs	8.0 Hrs	28 Hrs	2.5 Días
1.5	1.50Hrs	1.50 Hrs	N/A	6.25 Hrs	19 Hrs	1.75 Días
2	1.25 Hrs	1.25 Hrs	6.0 Hrs	4.0 Hrs	14 Hrs	48 Hrs
2.5	1 Hr	1 Hr	5.25 Hrs	4.0 Hrs	11.25 Hrs	41 Hrs
3	0.5 Hrs	0.5 Hrs	2.25 Hrs	3.0 Hrs	9.25 Hrs	33 Hrs
4	N/A	N/A	2.0 Hrs	2.0 Hrs	7 Hrs	24 Hrs
5	N/A	N/A	1.25 Hrs	1.75 Hrs	5.25 Hrs	20 Hrs
6	N/A	N/A	N/A	1.0 Hrs	4.25 Hrs	16 Hrs

**Como usar esta gráfica:** 1. Vea cuantos litros por minuto usted usa 2. Vea que tipo de tanque usted usa (B, E, M60, H, Helios o Easy Mate) 3. En la tabla verifique la duración del tanque.

## Portátil de Oxígeno Líquido

LPM	<u>Helios PLUS 300 Portátil Flujo Conserva</u>	<u>Helios Marathon Flujo Continuo</u>	<u>Helios Marathon Flujo Conserva</u>	<u>Easy Mate 6 Flujo Continuo</u>	<u>Easy Mate 6+6 Flujo Continuo</u>	<u>Easy Mate 6+6 Flujo Conserva</u>
0.12 = 1/8	16 Hrs	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
0.25 = 1/4	14 Hrs	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
0.50 = 1/2	10 Hrs	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
0.75 = 3/4	9.5 Hrs	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
1	9 Hrs	10 Hrs	20 Hrs	9 Hrs	10 Hrs	N/A
1.5	8 Hrs	N/A	N/A	N/A	8 Hrs	N/A
2	7 Hrs	5.5 Hrs	18 Hrs	8 Hrs	6 Hrs	18 hrs
2.5	6 Hrs	N/A	N/A	N/A	5 Hrs	N/A
3	5 Hrs	3.5 Hrs	11 Hrs	5 Hrs	4 Hrs	16 Hrs
3.5	4 Hrs	N/A	N/A	N/A	3.5 Hrs	N/A
4	3 Hrs	2.5 Hrs	9 Hrs	4 Hrs	3 Hrs	14 Hrs
5	N/A	2.0 Hrs	N/A	N/A	2.5 Hrs	12 Hrs
6	N/A	1.5 Hrs	N/A	N/A	2 Hrs	11 Hrs

# Seguridad en el Hogar y Prevención de Caídas

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## SEGURIDAD, AMBIENTE Y PREVENCIÓN DE CAÍDAS [ ] EVALUACIÓN [ ] DISCUSIÓN

	Si	No		Si	No
Funciona el Detector de Humo			Hogar libre de alfombras de área y/o alfombras sueltas		
Detector de Humo fue evaluado en los últimos 6 meses			Muebles convenientemente colocados para facilitar el movimiento		
Extintor de fuego presente y este cargado			Casa está libre de cables eléctricos debajo de alfombras		
Extintor de fuego fue evaluado en los últimos 6 meses			El teléfono disponible funciona		
Enchufes eléctricos adecuados y no sobrecargados			Ventilación, Aire Acondicionado y Calefacción adecuada		
Hogar libre de cables eléctricos expuestos			Iluminación y electricidad es adecuada		
Hay letreros de <b>NO FUMAR</b>			Refrigeración y agua corriente		
Verificación del equipo contra prevención de incendio en el hogar			Hogar libre de animales		
Hogar libre de material para fumar y llamas			Hogar libre de presencia de plagas		
Paciente capaz de pararse sin ayuda			Pasillos libres de obstáculos		
Paciente puede caminar sin dificultad			Las salidas del hogar están libres de obstrucción		
Paciente no utiliza ayuda para la movilidad			El hogar es adecuado para equipos/servicios		
Paciente no se ha caído en los últimos 10 días			Las conclusiones de la evaluación se discutieron con paciente / persona al cuidado del paciente		
Paciente aparenta vivir solo			Paciente aparenta no tener vehículo o medio de transporte en el hogar		
Paciente aparenta vivir con otra persona significativa, también anciano y por su cuenta			Paciente aparenta tener una cocina adecuada o equivalente		

Si **NO** hay detectores de humo / extintor de fuego o **NO** funciona el detector de humo / extintor de fuego, se le fomento al paciente / cuidador que lo obtengan.

# LISTA DE COTEJO EDUCACIÓN AL PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Otros que recibieron instrucciones: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Equipo	Número de serie	Equipo	Número de serie

**METAS:** Al final de esta sesión, el paciente y/o cuidador: **(1)** Comprenderán el uso y verbalizaran como operar el equipo de manera segura y como fue prescrito por el médico, y **(2)** Comprenderán el itinerario de seguimiento para el mantenimiento del equipo durante el periodo que el equipo está en el hogar del paciente, y **(3)** Comprenderán la seguridad de oxígeno, orientaran al paciente sobre los riesgos de utilizar un producto con base de petróleo, si está usando el oxígeno, fumando y los riesgos de incendios. y **(4)** Comprenderán como prepararse en caso de emergencia.

## **OBJETIVOS: Paciente / Cuidador debe:**

- Comprender y entender la terapia propuesta en el hogar, la función de atención en el hogar, el propósito del equipo y la orden médica.
- Demostrar conocimiento del uso adecuado y correcto del equipo y verbalizar situaciones relacionadas con la seguridad.
- Comprender medidas de protección contra la infección, la frecuencia y la forma de limpiar el equipo.
- Demostrar conocimiento de la importancia de la higiene de las manos.
- Demostrar y entender cómo y cuándo cambiar los suministros desechables utilizados con el equipo.
- Comprender que tipos de servicios fueron ofrecidos.
- Comprender los procedimientos en caso de emergencia.
- Demostrar y entender cómo utilizar los sistemas de oxígeno de respaldo de emergencia (si aplica).
- Comprender la seguridad, almacenaje y peligros potenciales del oxígeno (si aplica).

## **GENERAL:**

- Paciente / cuidador recibió instrucciones operacionales, el manual del equipo (si aplica) y una copia del Manual del Paciente.
- Paciente / cuidador entiende que nunca debe intentar hacer alguna reparación al equipo y que se debe llamar a un representante de Clinical Medical Services.
- Paciente / cuidador entiende cómo comunicarse con un representante de Clinical Medical Services durante horas laborables y después de las horas de oficina.
- Paciente entiende los procedimientos de reclamación
- Paciente / cuidador entiende el procedimiento de reclamo y agravio.
- Paciente / cuidador están satisfechos con los equipos y suministros que se entregaron
- Paciente / cuidador fue instruido en reconocer las señales y los síntomas de infección.

**Paciente / cuidador entiende y verbaliza los peligros de fumar mientras el equipo de oxígeno está en uso (si aplica).**



## Renuncia y Relevo de Responsabilidad Para Oxígeno o Equipo Médico

Este documento certifica que yo, \_\_\_\_\_, un \_\_\_\_\_  
(Paciente / Nombre del cuidador) (Relación con el miembro)

del \_\_\_\_\_, **rehúso la entrega o solicito que recojan el**  
(Paciente)

\_\_\_\_\_ En: \_\_\_\_\_  
**(Equipos que rehúsa o recogen** (Dirección) (Ciudad / Estado)

1. Hago esta petición, **SIN** la autorización del médico que emitió la orden.
2. Entiendo que el médico que ordenó puede requerir que yo, y / o el paciente sea examinado antes de dar la autorización a Clinical Medical Services para el recogido de los equipos descritos anteriormente.
3. Entiendo que el recogido del equipo tal vez sea perjudicial y contrario a las advertencias médicas.
4. Entiendo que el personal de Clinical Medical Services me han informado sobre los peligros potenciales para mí y el paciente debido al recogido de los equipos descritos anteriormente.
5. Independientemente, se le haya pedido al médico que prescribe toda la documentación necesaria y requerida por Clinical Medical para realizar el recogido del equipo aun cuando yo, y / o el paciente se haya examinado.

### **(DE REHUSAR EL RECOGIDO DE CILINDROS EN TEMPORADA DE HURACANES POR FAVOR HAGA UNA MARCA EN EL CUADRO CORRESPONDIENTE)**

Rehúso / recogido de un cilindro "H" como reserva de oxígeno en temporada de huracán esto **NO** es recomendado ya que Manejo de Emergencia y **Servicios Médicos de Emergencia (911)** NO estarán disponibles durante un huracán.

#### **\*\*Aviso\*\***

**Durante un evento de emergencia, como un huracán, al rehusar la entrega de oxígeno de repuesto, su petición no se volverá a priorizar.**

Con este conocimiento en mi poder y con mi firma abajo, **yo libero** Clinical Medical Services, Inc., sus oficiales, empleados y personal contratado. Por la presente también libero el comunicado de mi médico o pedido del paciente (s) de cualquier y toda responsabilidad, así como las consecuencias asociadas con o creado por el recogido / uso diario/ cambio de los equipos descritos anteriormente. Cualquier retirada del equipo se ha hecho con el consentimiento del paciente / cliente el **derecho a rechazar** equipo prescrito. El recogido o el rechazo solicitado no cumplen con las Políticas de Seguridad del Plan Manejo de Emergencia de Clinical Medical Services.

Tengo un generador  **Sí**  **No**

## **Paciente/Cliente /Hoja de Consentimiento y Asignación**

### ***PERMISO A PROVEER LOS SERVICIOS DE LA COMPAÑIA AL PACIENTE/CLIENTE***

Estoy de acuerdo en que la compañía me provea \_\_\_\_\_ Equipos Médicos y/o \_\_\_\_\_ Terapia de Infusión según las políticas y procedimientos de la misma y con la debida aprobación de mi médico. También estoy de acuerdo en cumplir con las políticas y procedimientos relacionados al cuidado en el hogar según especificadas por la compañía y las cuales han sido discutidas conmigo, incluyendo las especificaciones para terminación de los servicios si lo fuera a solicitar yo, mi médico, y/o la compañía.

### ***PERMISO A PAGARLE BENEFICIOS A LA COMPAÑIA***

Solicito que el pago bajo el programa de seguro sea directamente a Clinical Medical Services, para el **alquiler y/o venta** de equipo/suplidos que se me haya suministrado. Las regulaciones de Medicare concerniente al acuerdo de asignación aplican. Entiendo que soy responsable por cualquier deducible de la compañía, de la aseguradora y/o co-aseguradora.

### ***RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE/CLIENTE PARA EL PAGO DE BENEFICIOS DE LA COMPAÑIA***

1. Entiendo que la compañía entregara reclamaciones para el pago de servicios brindados a mi aseguradora privada o a través de contratos que estarán disponibles a la compañía.
2. Entiendo que la compañía entregará reclamaciones para el pago de servicios brindados a mi aseguradora privada o a través de contratos que estarán disponibles a la compañía.
3. También entiendo que soy responsable por la factura de la compañía, o el saldo de la misma si las facturas sometidas o cualquier parte de ellas son rechazadas por falta de pago, según determinado por la compañía.
4. Entiendo que, aunque la compañía falle en solicitar pago inmediatamente yo sigo con el deber de pagarle a la compañía.
5. Entiendo que seré responsable por la factura en su totalidad, **si me fuera a dar de baja de mi aseguradora actual y no le notificó** a Clinical Medical Services, de mi nueva compañía aseguradora.
6. Entiendo que este acuerdo puede ser revocado por mí en cualquier momento. Estoy de acuerdo en cumplir con todas las condiciones arriba mencionadas y reconozco que esté acuerdo compromete a mi persona y herederos, ejecutores, administradores y asignados.
7. Certifico haber leído y entendido este acuerdo y que dicho acuerdo ha sido ejecutado por mi propia voluntad y será efectivo en la fecha indicada al dorso.

## Paciente/Cliente /Hoja de Consentimiento y Asignación

8. Certifico que he recibido **instrucciones** para el uso y mantenimiento indicado para el equipo recibido.
  
9. También certifico que he recibido **el Manual De Información del Paciente**, el cual incluye **la Política Referente a las Regulaciones de HIPAA, Estándares de Proveedor de Medicare, Responsabilidades y Derechos del Paciente, Directivas Anticipadas, Seguridad de Oxígeno, Directrices de Prevención de Caídas, Las Instrucciones de Planificación en Caso de Emergencias, Número de Teléfono para Comisión de Acreditación Para la Salud (ACHC) presentar una Queja o Reclamo**, otra información pertinente a los servicios que recibo de Clinical Medical.
  
10. Doy mi consentimiento para dar a conocer la información médica a representantes del Estado Libre Asociado, Agencias Federales Reguladoras y Agencias de Acreditación Autorizadas.

### **INFORMACION SOBRE GARANTÍA DE EQUIPOS**

Todo producto vendido o rentado por nuestra Compañía tiene un año de garantía del Fabricante. Clinical Medical Services reparará, o reemplazará, sin cargo al cliente/paciente, todo equipo que este bajo garantía de; fabricante. Clinical Medical Services le entregará al paciente/cliente el manual de usuario con la información de garantía cuando este manual esté disponible. Clinical Medical Services es un distribuidor de equipos médicos, no es fabricante, y no es por heridas o accidentes que resulten de equipos o productos defectuosos. Yo certifico que se me ha explicado y entiendo la cobertura de garantía en el producto que he recibido.

### **DIRECTRICES ADELANTADAS**

Las leyes federales dan a todos los adultos competentes de 18 años o mayores, el derecho de tomar sus propias decisiones sobre servicios de salud, incluyendo el derecho a decidir qué cuidado o tratamiento médico pueden aceptar, rechazar o cancelar. Si usted usa los servicios de Clinical Medical Services y no quiere recibir ciertos tipos de tratamientos, servicios y/o desea nombrar a alguien para que tome decisiones por usted, necesita comunicarle esos deseos a la compañía.

¿Tiene usted alguna Directriz Adelantada?      SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

¿Si es afirmativo, entregó copia para su archivo? SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

# Clinical Medical Services

Estimado Paciente:

Su médico le ha ordenado un scooter o una silla de ruedas motorizada. El propósito de esta carta es definir el uso adecuado para dicho equipo. Es importante que entienda que estos equipos no pretenden sustituir o actuar como un automóvil o cualquier otro medio de transporte. El objetivo de este equipo es mejorar su movilidad, con el fin de que usted pueda llevar a cabo sus actividades diarias con más facilidad. Por lo menos, el scooter o la silla de ruedas motorizada deben reducir al mínimo los problemas de movilidad dentro del entorno de su hogar.

Su médico ha autorizado la necesidad médica del equipo para usted y solamente para usted. Si usted permitiera a otros utilizar el equipo, usted asume toda responsabilidad relacionada con las reparaciones y accidentes ocurridos. El permitir otros usos o el operar el equipo fuera de los usos establecidos puede resultar que su compañía de seguros suspenda los pagos por el mismo.

Su scooter o silla de ruedas motorizada tiene un (1) año de garantía con el uso normal. El uso y desgaste excesivo en el equipo por uso o abuso indebido **NO** está cubierto. Por favor informe de cualquier necesidad de reparación; estas deben ser aprobadas por su proveedor de seguros antes de brindarle el servicio a la unidad.

**Si realiza alguna modificación en la silla de ruedas motorizada o en el scooter, se anulará la garantía. CMS no podrá ofrecer servicio a la unidad. Los pacientes serán responsables financieramente por daños debidos al mal uso o abuso del equipo.**

## **Ejemplos de uso inadecuado son:**

1. Conducir la unidad al supermercado
2. Conducir la unidad a la oficina de correos
3. Usar la unidad como una manera de transporte
4. Pasear por el barrio
5. Dejar que otra persona maneje o utilice la unidad

## **Ejemplos de uso adecuado son:**

1. Transportar la unidad a la tienda y luego utilizarla mientras esta en la tienda
2. Transporte la unidad a un centro comercial y luego utilizarla mientras esta en el centro
3. Usar la unidad en su hogar para mejorar su movilidad

Nuestro deseo es que el equipo le ayude a cumplir sus necesidades diarias de tener una mayor movilidad dentro de su entorno y mejorar la calidad de vida.

He leído y entendido el propósito y apruebo el uso del equipo de movilidad motorizado. Estoy de acuerdo en utilizar el equipo dentro de las directrices mencionadas.



### **Información Importante**

Si usted realiza un cambio de plan médico, de su información personal (dirección o teléfono) o va a estar fuera de su residencia principal por un tiempo razonable comuníquese al 787- 620-2900

Si usted experimenta algún problema con su equipo y/o su funcionamiento es cuestionable **NO** descarte el equipo y comuníquese inmediatamente al 787-620-2900 Extensión 5200 para asistencia técnica.

TTY 1-866-280-2015  
Carr. PR-3 9.5 Ave 65 Infantería  
Reparto Industrial San Gabriel  
Carolina, PR 00985



## **RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Nosotros le proveeremos con la información verbal y por escrito de los gastos que se requieren para pagar el equipo, productos y servicios que está recibiendo. Por favor, recuerde que, si cambia su seguro, en cualquier momento, durante su servicio, sus costos pueden variar. Es importante que usted nos notifique de inmediato si cambia la cobertura de seguro en cualquier momento. Si no se nos notifica de los cambios puede resultar en costos de incurrir en imprevistos para los productos y servicios que no están cubiertos. En general, la información siguiente es cierta:

### **Medicare/Seguro Privado/PPO/HMO:**

- Usted es responsable por la cantidad de deducible o co-pago que no sea cubierto por su seguro;
- Usted es responsable por daños al equipo rentado;
- Usted es responsable por el pago que no sea cubierto por su compañía de seguro si se da de baja de su plan de salud.

### **HMO:**

- Su HMO pagara su cuota de alquiler mensual del equipo;
- El equipo que le fue entregado es rentado;
- Usted es responsable de cualquier daño al equipo rentado mientras esté en su posesión;
- Su médico junto con los beneficios del HMO determinan el tipo de equipo y suministros a proveer;
- Si se da de baja del plan HMO usted será financieramente responsable de todos los medicamentos, los productos, suministros, equipo y servicios ofrecidos por nuestra empresa.

### **SI USTED SE DA DE BAJA EN SU HMO, USTED DEBE PONERSE EN CONTACTO CON CLINICAL MEDICAL SERVICES PARA LO SIGUIENTE:**

#### **Darnos La Información De Su Nuevo Seguro**

- Si usted se cambia para Medicare u otro HMO, nosotros le dejaremos saber si puede continuar rentando el equipo, y si la nueva compañía paga la renta.

#### **Pedir Que El Equipo Sea Recogido**

- Nosotros recogeremos el equipo o usted lo puede devolver a nuestras oficinas.

#### **Hacer Arreglos Para Comprar El Equipo**

- En muchos casos, podemos hacer arreglos por un pago mínimo, para cubrir la compra de su equipo rentado.

#### **Asumir La Responsabilidad Del Pago Mensual Del Equipo**

- Nosotros le enviaríamos la cuenta por la renta mensual del equipo.

**POR FAVOR DEJENOS SABER SI NO ESTA USANDO EL EQUIPO, MEDICAMENTOS, PRODUCTOS O SUMINISTROS O SI HA CAMBIADO DE COMPAÑIA DE SEGURO**

## **POLÍTICA DE GARANTÍA Y DEVOLUCIÓN PARA PRODUCTOS PERSONALIZADOS**

La compra de artículos de ortopedia y prótesis es final y tiene una garantía de un (1) año con el desgaste normal e incluye las partes y la labor. Los productos personalizados no se pueden devolver. La garantía puede ser anulada si el producto ha sido alterado o empleado fuera del uso definido o si el paciente ha tenido fluctuaciones de peso que hayan afectado el producto adversamente. Los ajustes y la instalación de los productos personalizados se incluirán en el costo del artículo (s).

El costo del servicio para los artículos comprados a la medida que se consideran fuera del uso y desgaste normal será la responsabilidad del paciente.

## **POLÍTICA DE GARANTÍA Y DEVOLUCIÓN PARA PRODUCTOS NO PERSONALIZADOS**

La compra de artículos de prótesis y ortopedia serán portadores de un (1) un año de garantía con el desgaste normal y el uso definido incluye piezas y mano de obra. La garantía puede ser anulada si el producto ha sido alterado o empleado fuera del uso definido o si el paciente ha tenido fluctuaciones de peso que hayan afectado el producto adversamente. Los productos no- customizado pueden ser devueltos dentro de 30 días de la compra si es devuelto sin utilizar y en las mismas condiciones de compra. Ajustes y montaje de productos se incluirán en el costo del artículo (s).

El costo del servicio para los artículos comprados que se consideran fuera del uso y desgaste normal definido será la responsabilidad del paciente.

Devolución de los productos comprados, no personalizados o prefabricados, se reembolsará con un cheque procesado a través de las cuentas normales de proceso por pagar y puede estar sujeto a una tasa de reposición del 10%.

Algunos de los componentes utilizados en la construcción de prótesis y ortosis pueden llevar a una garantía que está más allá de la garantía estándar de un año. Estos componentes se definirán en el momento de la entrega y la garantía del fabricante se entregará al paciente.

## **REPARACIONES Y SERVICIO FUERA DE LA GARANTÍA**

Las evaluaciones y presupuestos para reparaciones no cubiertas o fuera de la garantía pueden obtenerse a petición y pueden requerir una orden escrita de un médico. Las reparaciones pueden estar sujeto a la aprobación del plan de salud y pueden necesitar autorización previa. Cuando se considere que un artículo o producto es "irreparable" el mismo será devuelto al propietario.

Yo he leído y comprendo la política de Garantía y Devolución. Yo he sido notificado sobre la importancia de mantener un peso adecuado para la utilización del artefacto protésico.

---

FIRMA DE PACIENTE/ CUIDADOR DEL PACIENTE/ RELACION

---

FECHA

---

REPRESENTANTE DE CLINICAL MEDICAL SERVICES

---

FECHA

## COMO UTILIZAR LAS PLANTILLAS PARA LOS ZAPATOS DIABÉTICOS

Nombre del Paciente :

---

Se han entregado tres (3) plantillas de densidad múltiple junto con sus zapatos para diabéticos y deberán usarse en el siguiente orden:

- |              |  |
|--------------|--|
| Plantilla #1 | Utilícela por una (1) semana. Cámbiela para su limpieza y reemplácela por la plantilla #2.         |
| Plantilla #2 | Utilícela por una (1) semana. Cámbiela para limpieza y reemplácela por la plantilla #3.            |
| Plantilla #3 | Utilícela por una (1) semana. Cámbiela nuevamente para limpieza y reemplácela por la plantilla #1. |

El intercambio semanal de las plantillas 1, 2, y 3 es necesario medicamente para prolongar la vida de la plantilla, mantener la estabilidad máxima del pie y proveer una base adecuada al pie durante un periodo de doce (12) meses.

**La firma de este documento certifica que usted ha recibido y entiende las instrucciones en relación al requerimiento de rotación de las plantillas. La rotación y el uso adecuado de las plantillas están garantizados por un año. Entiendo que él no realizar la rotación de las mismas puede invalidar la garantía.**

---

FIRMA DEL PACIENTE

---

FECHA

---

NOMBRE DEL CUIDADOR(ENCARGADO) DE PACIENTE/RELACION

---

FECHA

---

REPRESENTANTE DE CLINICAL MEDICAL SERVICES

---

FECHA



## **Prótesis**

Una prótesis es reemplazo de una extremidad o de una parte de la misma que reproduce más o menos exactamente la extremidad que falta. La palabra prótesis se usa para referirse al objeto físico que hace la función del miembro amputado.

### **La Prótesis Provisional**

Después de la cirugía, el muñón necesita 21 días para cicatrizar. Por un lado, el volumen del muñón se irá reduciendo rápidamente. Normalmente, tardará hasta tres meses en estabilizarse.

Por esto, cuando la herida ha cicatrizado y los puntos se han retirado, la readaptación del amputado empieza (en la mayoría de los casos) con una prótesis provisional, que se puede ir modificando según los cambios del muñón. En el caso de los amputados recientes, la prótesis provisional sirve para que el paciente empiece la rehabilitación lo antes posible (es decir, a andar con la prótesis).

Esto puede ser tan pronto como la herida haya cicatrizado. El encaje, el elemento de la prótesis que está en contacto con el muñón, tendrá que ser modificado por el protesista a medida que el volumen del muñón se vaya reduciendo debido al retroceso del edema y a la pérdida de masa muscular.

La utilización de la prótesis debe ser gradual y progresiva. Es decir, se empieza llevándola poco tiempo, 30 minutos, y se descansa y se verifica el estado de la piel del muñón en un espejo. Gradualmente incrementa la utilización de la prótesis con el tiempo.



### **¿Qué es una media reductora para el muñón?**

Es una lana, algodón o material sintético diseñado para proporcionar, amortiguación y ayudar a gestionar las fluctuaciones de volumen del muñón.

### **¿Cuál es la función de la media reductora?**

La media reductora para el muñón, a veces llamados medias prostéticas, pueden ser utilizada por amputados para proporcionar un ajuste de la prótesis más cómodo, reducir la fricción, absorber la transpiración por "capilaridad" atrayendo la humedad lejos de la piel y reduce las molestias asociadas con el dolor fantasma. Reduciendo la transpiración en la piel reduce las infecciones bacterianas y las quejas comunes de la piel.

Algunos amputados usan medias en combinación con forros para conseguir la mejor adaptación, mientras que otros usan forros sin medias.

Algunos amputados por encima de la rodilla tienen más tejido en el muñón y esto proporciona acojinamiento y no necesitan una media para mayor comodidad.

Algunos amputados no tienen que usar una media reductora si él o ella está usando una toma de aspiración (el muñón tiene que estar en contacto directo con la cuenca con el fin de que funcione).

### **¿Cómo lavo mis medias reductoras para el muñón?**

Las medias reductoras necesitan ser lavadas todos los días. Es posible que necesite varias medias de diferente espesor durante el día, si hay cambios en el volumen del muñón. Algunas medias reductoras pueden lavarse a máquina, pero otras necesitan ser lavadas a mano. No las esponja al calor excesivo.

### **¿Con qué frecuencia tengo que ajustar o cambiar la media reductora en mi muñón?**

Usted podría estar ajustando la media reductora varias veces al día, pero todo depende de los cambios de fluidos en su muñón. Cuando hay cambios de fluidos en el muñón, hay que ajustar la media reductora o cambiar el grosor de la media reductora. Cambios de fluidos son causados por: el exceso de calor en el clima verano, olvidando colocar su media reductora por la noche, dejando la pierna guindando, sin la pierna artificial cambios extremos durante tu actividad normal a diario.

**En general, la media reductora debe cambiarse todos los días o tan pronto como se humedecen con la transpiración.**

### **Masaje del muñón:**

Es muy sencillo hacerse masajes en el muñón uno mismo, y resulta muy beneficioso para estimular, relajar y mejorar la circulación del muñón.

Pruebe los siguientes métodos, que consisten en:

1. Percutir el muñón con las yemas de los dedos, de forma suave y continuada. Para mejores resultados parece frente a un espejo.
2. Acaricie y friccionre reiteradamente el muñón con las manos.
3. Amase el muñón con las manos haciendo movimientos circulares hacia arriba del muñón, de manera lenta, siempre en sentido ascendente.

### **Ejercicios del muñón:**

Los ejercicios para tonificar y dar elasticidad forman parte del tratamiento postoperatorio del muñón. Su correcta realización a lo largo de las primeras semanas permite evitar las retracciones musculares, las adherencias de la cicatriz y la disminución de la movilidad articular. Un muñón bien tonificado permite un buen uso de la prótesis y, por tanto, una mejora considerable en la marcha, en la forma de caminar con la prótesis.

La mejor forma de potenciar los músculos del muñón es empezar a andar con la prótesis provisional tan pronto como el estado de cicatrización de la amputación lo permita.

En general, cuanto antes se utilice la prótesis, mejor para el amputado.

### **El cuidado del muñón**

Lave el muñón todos los días con agua y jabón para evitar irritaciones e infecciones. Se recomienda utilizar un jabón suave, de pH neutro para la piel (5.5) y agua a temperatura ambiente.

**No es nada aconsejable** utilizar cremas, lociones o polvos entre el muñón y la prótesis, ya que reblandecen la piel y favorecen la aparición de lesiones cutáneas. Si su uso es imprescindible, se debe comprobar la completa absorción de la crema y notifiquele al protesista el uso de la misma.

Conviene que el muñón se ventile para evitar así irritaciones en la piel. Se pueden utilizar algunas cremas para el muñón, pero avisamos que no existe ninguna crema milagrosa.

Igual que la prótesis, el muñón se debe revisar periódicamente. En caso de molestias, irritaciones en la piel o en caso de duda sobre su cuidado, se debe consultar con el Fisiatra. **NO se debe** dormir con la prótesis puesta.

### **El Encaje y la Alineación**

El encaje y la alineación son los factores más importantes a la hora de proporcionar el confort y la funcionalidad de la prótesis. Por este motivo son sumamente importantes las pruebas de colocación de la prótesis bajo la supervisión del fisiatra.

**Prueba estática:** sirve para controlar la alineación, la longitud, la funcionalidad y la comodidad estando de pie.

**Prueba dinámica:** sirve para detectar posibles defectos durante la marcha y corregirlos mediante los tornillos de alineación.

A lo largo de estas pruebas, el protesista ha de instruir al amputado sobre la mejor manera de andar. La finalidad de las pruebas es conseguir un buen control y coordinación de la marcha, una buena adaptación del encaje y una correcta alineación de la prótesis.

Es importante que la prótesis pese poco, respete los cánones de la estética en la medida de lo posible, sea resistente a los impactos y no produzca rozamientos ni presiones excesivas.

La piel del muñón es un espejo perfecto que refleja los puntos de presión de la prótesis, y podemos encontrar en ella indicios de si hay deficiencias en el encaje o en la alineación.

### **El sobre peso**

El aumento de peso es uno de los factores más comunes que causa problemas en la adaptación de la prótesis y, por tanto, dificulta seriamente su uso. El amputado no debe estar sobrepeso, ya que puede significar tener que hacer una nueva toma de cuenca o también toda la prótesis nueva. Por lo tanto, es importante no aumentar de peso.

### **Rehabilitación**

Después de una lesión, una enfermedad o una cirugía seria, la recuperación puede ser lenta. Es posible que necesite recuperar nuevamente su fortaleza, volver a poner en práctica sus habilidades o encontrar nuevas formas de hacer las cosas que hacía antes, bajo el cuidado de un fisiatra.

La rehabilitación suele enfocarse en:

- Fisioterapia para ayudarlo a fortalecerse y recuperar la movilidad y condición física
- Terapia ocupacional para ayudarlo con sus actividades cotidianas
- Tratamiento del dolor

Si le falta un brazo o una pierna, un miembro artificial a veces puede reemplazarlo. El dispositivo, una prótesis, puede ayudarlo a realizar las actividades diarias como caminar, comer o vestirse. Algunos miembros artificiales le permiten funcionar tan bien como antes.

El tipo de tratamiento y las metas que esperan alcanzarse pueden variar en distintas personas. ¿Cuándo debería comunicarme con mi protesista?

Comuníquese con su Protesista si:

- Tiene dificultad para usar la prótesis, como dificultad para moverse, caminar o correr.
- Tiene dificultad para sujetar o quitar la prótesis.
- Tiene comezón, inflamación o salpullido en la piel.
- Tiene preguntas o inquietudes acerca de su Prótesis

### **Cuándo llamar al médico**

Llame al médico si tiene cualquiera de estos signos y síntomas de infección:

- Enrojecimiento, aumento del calor o hinchazón alrededor de la herida
- Supuración adicional
- Pus
- Olor
- Fiebre o escalofríos
- Aumento del dolor
- Aumento de la firmeza alrededor de la herida

Llame igualmente al médico si la úlcera del pie está muy blanca, azul o negra.





## Pie Diabético

### Prevención

El profesional de la salud que lo atiende debe realizar un examen completo de sus pies al menos una vez al año, y con más frecuencia, si usted tiene problemas en los pies.

Recuerde quitarse las medias y el calzado mientras espera el examen médico. Comuníquese o consulte con su médico, si tiene algún corte o grieta en la piel, o si tiene una uña encarnada. Asimismo, consulte con el profesional de la salud que lo atiende si sus pies cambian de color, de forma, o simplemente si usted siente alguna sensación diferente (por ejemplo, se vuelven menos sensibles o le duelen).

Si usted tiene callos o callosidades, el profesional de la salud puede cortárselos. También puede cortar las uñas de los pies, si usted no está en condiciones de hacerlo. Debido a que las personas con diabetes son más propensas a padecer problemas en los pies, usted puede incluir un especialista en el cuidado de los pies dentro del equipo de profesionales de la salud que lo atienden.

### Guía para el Cuidado del Pie Diabético

La diabetes puede causar problemas en sus pies; incluso una pequeña cortada puede tener consecuencias serias. La diabetes puede causar daños en los nervios, lo cual reduce la sensibilidad en los pies. La diabetes también puede reducir el flujo de sangre a los pies, de modo que una herida puede demorar más tiempo en sanar o bien una infección puede ser más difícil de combatir. A raíz de estos problemas, es posible que usted no perciba algún objeto extraño en su zapato; éste podría causar una ampolla o una ulceración y finalmente una infección crónica que concluya en la amputación del pie o incluso de la pierna.

Para evitar estos serios problemas en los pies que deriven en la pérdida de un dedo, pie o pierna, siga las siguientes indicaciones:

**Revise sus pies diariamente.** Asegúrese de que no tengan heridas, ampollas, enrojecimiento, hinchazón o problemas de uñas. Utilice un espejo de mano con aumento para revisar la planta de sus pies. Póngase en contacto con su médico si nota cualquier anomalía.

**Lave sus pies en agua a temperatura ambiente (¡nunca caliente!).** Mantenga los pies limpios lavándolos diariamente. Pero sólo utilice *agua a temperatura ambiente*; la temperatura que utilizaría para bañar a un bebé recién nacido. Tenga cuidado al lavar sus pies. Utilice una esponja o paño suave. Séquelos sin frotarlos, permitiendo que la toalla absorba la humedad.

**Humecte sus pies** diariamente para mantener la piel seca libre de piquiña y que se cuartee. No aplique humectante en el área de los dedos para prevenir infecciones.