

---

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N. ° DM: \_\_\_\_\_

---

# Paquete general para nuevos pacientes

Estimado paciente:

¡Bienvenido a Aveanna Healthcare Medical Solutions! Nos complace ofrecerle soluciones enterales y médicas en gran cantidad de mercados de todo el país. Quisiera aprovechar esta oportunidad para agradecerle por confiar en nosotros y elegirnos para satisfacer sus necesidades de atención a domicilio.

Nuestra misión es brindarle a usted y a su familia un cuidado revolucionario que conste de calidad, integridad, responsabilidad y empatía, de manera complaciente y confiable. Nos esforzamos por brindar servicios que cubran las necesidades de atención médica de cada paciente y nuestros empleados cumplen con una variedad de funciones clínicas que incluyen profesionales de enfermería, nutricionistas y terapeutas respiratorios. Todo el personal clínico de Aveanna cuenta con las licencias y certificaciones correspondientes y están comprometidos con el servicio público y comunitario.

Debido a que nuestros médicos clínicos se desempeñan como intermediarios de confianza entre médicos y pacientes, cada uno a los aspirantes a empleados se someten a controles de antecedentes, verificaciones de referencia, varias entrevistas y capacitación intensiva. Además, las evaluaciones de rutina, las observaciones en el lugar y la supervisión, así como los exámenes de competencia de habilidades, garantizan que cada miembro de nuestro equipo esté preparado para brindar lo último en atención al paciente. Queremos que sepa que estamos comprometidos con la excelencia en Aveanna Healthcare, donde la mejora del rendimiento y la educación es un proceso constante.

Nuestra organización se enorgullece de su servicio inconfundible al cliente, y nuestro objetivo es que los servicios proporcionados por Aveanna superen con creces sus expectativas. Gracias por su confianza, su seguridad y por permitirnos atender sus necesidades de atención médica.

Atentamente,



Rachel Witt, RN

Jefa del Departamento Clínico

***Para consultas generales, comuníquese con nuestro departamento de Aveanna Healthcare Medical Solutions en:  
866-883-1188.***

## Bienvenido a Aveanna Healthcare Medical Solutions (AHMS)

En nombre de nuestro equipo en Aveanna Healthcare Medical Solutions (AHMS), le damos las gracias por elegirnos como su proveedor de suministros médicos de confianza. Nuestros pacientes son un aspecto esencial de nuestra organización y es un honor para nosotros prestarle servicios a usted y a su familia.

Nuestra misión es ofrecer atención revolucionaria de **calidad, con integridad, responsabilidad y compasión** de manera segura y confiable. Nos esforzamos por satisfacer las necesidades de atención médica de cada paciente con un equipo que incluye profesionales certificados y con licencia, como profesionales de enfermería, nutricionistas y terapeutas respiratorios.

Para garantizar una transición fluida a la familia de AHMS y proporcionarle una atención excepcional, describimos los pasos sobre cómo completar su documentación, administrar sus pedidos y comunicarse con nosotros en cualquier momento.

### Cómo empezar

#### Paso 1: Revisar la documentación

Lea atentamente la sección Derechos y responsabilidades de los pacientes. En ella se describe lo que puede esperar de AHMS y lo que se espera de usted como paciente o cuidador. Al revisar los formularios, léalos detenidamente. No dude en llamarnos al (866) 883-1188 si tiene alguna pregunta; ¡estamos aquí para ayudarlo!

#### Paso 2: Completar los formularios

En los formularios se puede solicitar información como su nombre, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico. Garantice la precisión para evitar retrasos. Asegúrese de firmar y fechar todos los formularios de consentimiento donde se indique.

#### Paso 3: Presentar la documentación

Complete y devuelva los formularios lo antes posible. Para poder enviar su primer pedido completo, necesitamos recibir su documentación completa, por lo que es fundamental actuar rápido. La mayoría de los pacientes y cuidadores pueden completar de manera oportuna su documentación por medios electrónicos en el momento de la configuración. Esta es la forma más rápida de comenzar con nosotros y le recomendamos que use esta opción como su primera elección. Si no, puede escanear y enviar por correo electrónico la documentación completa a **medical.records.shared@aveanna.com**. Si hace el envío por fax, mande la documentación completa al (844) 754-1345. Si hace el envío por correo postal, mande la documentación completa a:

#### **Aveanna Healthcare Medical Solutions**

2460 E. Germann Road  
Suite 18  
Chandler, AZ 85286

### Opciones de contacto

Puede enviarnos un correo electrónico en cualquier momento a **Refills@aveanna.com** si tiene preguntas o necesita ayuda. También puede llamar a la línea gratuita de AHMS al (866) 883-1188 durante nuestro horario comercial habitual: de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., hora del centro (CST) o sábados, de 8:00 a. m. a 1:00 p. m., hora del centro (CST).

Estamos agradecidos por tener la oportunidad de cuidar de usted y su familia. Estaremos en contacto con usted durante todo el proceso. Sin embargo, le recomendamos que se comunique con nosotros si necesita ayuda adicional.

#### **Atentamente,**

*El equipo de Aveanna Healthcare Medical Solutions*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N. ° DM: \_\_\_\_\_

**Como paciente, usted tiene derecho:**

1. A ser completamente informado según consta en el reconocimiento escrito del paciente, antes o en el momento de la aceptación de estos derechos y de todas las normas y reglamentaciones que rigen las responsabilidades del paciente y puede ejercer los derechos en cualquier momento.
2. A elegir una organización o servicio alternativo y a ser informado sobre la relación entre esta agencia y cualquier organización o servicio al que sea derivado por esta agencia.
3. A recibir servicios detallados en el plan de atención independientemente de la raza, color, religión, país de origen, edad, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, discapacidad ni ningún otro motivo prohibido por las leyes federales, estatales o locales.
4. A ser informado de la titularidad y control de la organización.
5. Recibir notificación adecuada por escrito, con anterioridad a los servicios específicos que se prestan, si la organización cree que el servicio puede constar de atención no cubierta o con anterioridad a la reducción o terminación por parte de la organización de atención en curso o, a ser informado antes de la provisión de la atención o, durante la visita inicial de evaluación antes del inicio de la atención, sobre los servicios disponibles de la compañía y de los cargos relacionados, incluido en la medida en que el pago pueda esperarse de Medicare, Medicaid o de cualquier otro programa financiado o asistido a nivel federal conocido para la agencia, y los cargos por los que es responsable la persona. La responsabilidad de pago debe brindarse oralmente y por escrito al paciente. Los cambios en cualquier información de pago previa deben proporcionarse al paciente, de forma oral o escrita, y lo antes posible antes del siguiente servicio prestado.
6. A recibir información clara y entendible con respecto a los diagnósticos, pronósticos, tratamientos, seguridad y medidas de emergencia y cualquier responsabilidad que tendrá en la atención.
7. Estar plenamente informado sobre el propio estado de salud y tener la oportunidad de participar en la planificación de la atención y los servicios.
8. A participar, ser informado y aceptar o rechazar atención antes o durante el tratamiento, cuando corresponda, con respecto a: el modo de prestación de la atención, incluido el uso de telecomunicaciones cuando corresponda, la finalización de todas las evaluaciones, la atención que será proporcionada en base a las evaluaciones, Establecer y revisar el plan de atención, las disciplinas que brindarán atención, la frecuencia de las visitas, los resultados esperados de la atención, incluidos las metas identificadas del paciente, los riesgos y beneficios, cualquier factor que pueda impactar en la efectividad del tratamiento y cualquier cambio en la atención a ser proporcionada.
9. A que se trate los bienes y la persona con consideración, respeto y con total reconocimiento de la dignidad e individualidad, incluido la privacidad en el tratamiento y la atención de las necesidades personales.
10. A ser asesorado por anticipado sobre las disciplinas que se utilizarán para proporcionar atención y servicios y la frecuencia de las visitas que se propone brindar. A esperar una identificación adecuada por nombre y cargo de todo el personal que presta servicios. A que el personal tenga las habilidades y el conocimiento necesarios requeridos para realizar su trabajo.
11. A tener una historia clínica, un tratamiento de los registros personales y médicos e información de salud personal, confidenciales, en la medida establecida por ley y a acceder y restringir la divulgación de la información de salud personal en la medida establecida por ley. Recibirá una "Notificación de Prácticas de Privacidad" separada que explique sus derechos de privacidad en detalle y cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida.
12. A esperar continuidad de la atención y a ser informado del alta médica inminente de los servicios, el traslado a otra organización, o la necesidad de servicios alternativos. A ser informado, de forma oral y escrita, sobre cualquier cambio lo antes posible, pero en un plazo no superior a 30 días calendario desde la fecha en que la compañía toma conocimiento del cambio.
13. A realizar reclamos a la agencia con respecto al tratamiento o a la atención que se (o no se) proporciona, y la falta de respeto por los bienes o a la persona por parte de cualquiera que preste servicios en nombre de la compañía. A evaluar los servicios, expresar las quejas, hacer preguntas u ofrecer sugerencias con respecto a la atención y servicios sin restricción, coerción, discriminación, represalia o interrupción injustificada de los servicios.
14. Solicitar y recibir todos los registros médicos relacionados con los servicios y todos los informes de inspección de licencias reglamentarias.
15. A estar libre de abuso verbal, mental, sexual y físico, incluidos las lesiones de origen desconocido, abandono y apropiación indebida de los bienes.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **N. ° DM:** \_\_\_\_\_

16. Estar libre de toda discriminación o represalia por ejercer sus derechos o por expresar quejas a la organización o a una entidad externa.
17. A ser informado del derecho a acceder a ayuda auxiliar y a servicios lingüísticos y a cómo acceder a estos servicios.
18. A ser informado de los nombres, direcciones y números de teléfono de las siguientes entidades financiadas a nivel federal y estatal que prestan servicios en el área en donde reside el paciente: Agencia de adultos mayores, Centro de vida independiente, Agencia de protección y defensa, Centros de recursos para adultos mayores y personas con discapacidades y Organización de mejoramiento de la calidad.
19. Recibir la información necesaria sobre el tratamiento y las opciones relativas al alquiler o la compra de equipos médicos duraderos para que pueda dar su consentimiento informado para sus servicios antes del inicio de cualquier servicio.
20. Que se respeten en la medida prevista por la ley una directiva anticipada para la atención médica, como un testamento vital o la designación de un sustituto para la toma de decisiones.
21. Participar en la consideración de cuestiones éticas que surjan en su atención.

#### **Responsabilidades del paciente / familia**

Se espera que los pacientes / familias cumplan con estas responsabilidades. Las responsabilidades del paciente / familia son:

1. Para brindar información médica precisa, según su leal saber y entender.
2. Mantener a la compañía informada sobre cualquier cambio en su afección, representante legal (si hubiera) estado del pagador o lugar de residencia.
3. Informar a la compañía si tiene alguna pregunta sobre los servicios de atención domiciliaria y el tratamiento.
4. Cumplir con los planes de tratamiento según lo indicado por el médico.
5. Informar a la compañía cuando no esté disponible para una visita, turno o servicio.
6. Brindar un clima y un lugar seguros y aceptables para el personal que presta el servicio.
7. Informar a la compañía sobre cualquier problema que tenga con su proveedor de atención domiciliaria o servicios.
8. Asumir responsabilidad de las obligaciones financieras por la atención brindada por la compañía.
9. Proporcionar información necesaria para procesar las facturas y aceptar responsabilidad por los montos a pagar adeudados que no están cubiertos por Medicare/Medicaid u otro plan de seguro.
10. Mantener responsabilidad principal por su atención.
11. Tratar al personal de la empresa con dignidad y respeto.
12. Contactar a su médico siempre que note algún sentimiento o sensación inusual durante su tratamiento.
13. Contactar con su médico cada vez que note algún cambio en su condición.
14. Comunicarse con Aveanna Healthcare Medical Solutions siempre que haya recibido un cambio en su receta.
15. Comunicarse con Aveanna Healthcare Medical Solutions siempre que vaya a ser hospitalizado.
16. Para brindar información sobre inquietudes y problemas que tenga a un miembro del personal de Aveanna Healthcare Medical Solutions.

¡Gracias por elegir la familia de compañías de Aveanna! Su firma en el Acuerdo de Servicios del Paciente indica que ha leído (o se lo han evaluado / leído) y entiende sus derechos, responsabilidades, obligaciones financieras y procedimientos de quejas.

Para obtener más información sobre la Acreditación de las compañías o para presentar una queja:

- ACHC** - puede presentar una queja ante la Comisión de Acreditación para la Atención Médica (ACHC) llamando al departamento de quejas al 855-937-2242. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Este. La dirección de la oficina de ACHC es 139 Weston Oaks Ct., Cary, NC 27513. Número de teléfono local: 919-785-1214.
- Esta ubicación sigue todos los lineamientos regulatorios aplicables y del estado.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N. ° DM: \_\_\_\_\_

**La discriminación es ilegal.**

Aveanna Healthcare, LLC no discrimina por motivos de raza, color, religión, país de origen, edad, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, discapacidad ni ningún otro motivo prohibido por las leyes federales, estatales o locales.

**Aveanna Healthcare, LLC provee lo siguiente:**

- Ayuda y servicios gratuitos para personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:
  - intérpretes calificados de lenguaje de señas, e
  - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios gratuitos de idiomas para personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como:
  - intérpretes calificados, e
  - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Aveanna, al 1-888-255-8360 (TTY: 711). Si cree que Aveanna Healthcare, LLC no ha brindado estos servicios o discrimina por motivos de raza, color, religión, país de origen, edad, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, puede presentar un reclamo formal con Melissa Akali, vicepresidente asistente de cumplimiento:

Melissa Akali, vicepresidente asistente de cumplimiento  
 Aveanna Healthcare, LLC  
 400 Interstate North Pkwy, SE, Ste 1600  
 Atlanta, GA 30339  
 Phone: 1-800-408-4442  
 Email: [compliance@aveanna.com](mailto:compliance@aveanna.com)

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, Melissa está disponible para ayudarlo. También puede presentar un reclamo por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., de manera electrónica mediante el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
 200 Independence Avenue, SW  
 Room 509F, HHH Building  
 Washington, D.C. 20201  
 Teléfono: 1-800-368-1019  
 TTD: 800-537-7697

Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

English

Phone number for hearing impaired or deaf at 1-888-255-8360 (TTY: 711)

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-255-8360 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese)

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-255-8360 (TTY: 711)。

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N. ° DM: \_\_\_\_\_

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-255-8360 (TTY: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-888-255-8360 (TTY: 711).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-255-8360 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-255-8360 (телетайп: 711).

Polski (Polish)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-255-8360 (TTY: 711).

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل:

مقرب: 1-888-255-8360

رقم هاتف الصم والبكم: 711

Português (Portuguese)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-888-255-8360 (TTY: 711).

Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-255-8360 (ATS: 711).

Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-255-8360 (TTY: 711).

Italiano (Italian)

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-255-8360 (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati)

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-888-255-8360 (TTY: 711).

اُردُو (Urdu)

تحریر: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں

1-888-255-8360

(TTY: 711).

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCESAR A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA CON ATENCIÓN.

Notificación de Prácticas de Privacidad en vigencia el 1/3/03 Revisado 06/26/20

La agencia usa información médica sobre usted para el tratamiento, para obtener el pago del tratamiento, con fines administrativos, y para evaluar la calidad de la atención que recibe. Su información médica se encuentra en su historia clínica que es propiedad física de la agencia.

#### **Cómo puede usar o divulgar su información médica la agencia**

**Para el tratamiento** La agencia puede usar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, la información obtenida por un proveedor de atención médica, como un médico, enfermera u otra persona que le brinde servicios médicos, que se relacione con su tratamiento será registrada en su historia clínica. Esta información es necesaria para que los proveedores de atención médica determinen cuál tratamiento debe recibir. Los proveedores de atención médica también registrarán las medidas tomadas por ellos en el curso de su tratamiento e indicarán cómo usted respondió a esas medidas.

**Para el pago** La agencia puede usar y divulgar su información médica a otras personas con el fin de recibir el pago por el tratamiento y los servicios que recibe. Por ejemplo, se le puede enviar una factura a usted o a un tercero pagador, desde una aseguradora o un plan de salud. La información en la factura puede contener datos que lo identifiquen, a su diagnóstico y tratamiento o suministros usados en el curso de este.

**Para operaciones de atención médica** La agencia puede usar y divulgar información médica sobre usted con fines operativos. Por ejemplo, su información médica puede ser divulgada a los miembros del personal médico, al personal de riesgo o mejoramiento de calidad y a otras personas para:

- Evaluar el desempeño de su personal.
- Evaluar la calidad de la atención y los resultados en sus casos y en casos similares.
- Aprender cómo mejorar nuestros centros y servicios.
- Determinar cómo mejorar de forma continua la calidad y efectividad de la atención médica que brindamos.

**Citas** La agencia puede usar su información para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamientos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que pueden interesarle a la persona.

**Recaudación de fondos** La agencia puede usar su información para contactarlo a fin de recaudar fondos para la agencia o un plan grupal de salud, una compañía de seguros médicos u Organización de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) con respecto a un plan grupal de salud puede divulgar información al patrocinador del plan. Tiene el derecho a excluirse voluntariamente de dichas actividades. Si esto es lo que desea, comuníquese con la agencia al número indicado a continuación.

**Requerido por ley** La agencia puede usar y divulgar información sobre usted según lo requerido por ley. Por ejemplo La agencia puede divulgar información con los siguientes fines:

- Para procedimientos judiciales y administrativos en virtud de la autoridad legal.
- Para reportar información relacionada con las víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica.
- Para asistir a los funcionarios del orden público en sus tareas de aplicación de la ley.

**Salud pública** Su información de salud puede ser usada o divulgada para actividades de salud pública como, por ejemplo, asistir a las autoridades de salud pública u otras autoridades legales para evitar o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades o para otras actividades de supervisión de la salud.

**Difuntos** La información médica puede ser divulgada a los directores de funerales o médicos forenses para permitirles llevar a cabo sus tareas legales.

**Donación de órganos / tejido** Su información médica puede ser usada o divulgada con fines de donación de órganos, ojos o tejido cadavéricos.

**Investigación** La agencia puede usar su información médica con fines de investigación cuando un Comité de revisión institucional o un comité de privacidad que haya revisado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información médica apruebe la investigación.

**Salud y seguridad** Su información médica puede ser divulgada para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o de cualquier otra persona en virtud de la ley aplicable.

**Funciones gubernamentales** Las funciones gubernamentales especializadas como, por ejemplo, la protección de funcionarios públicos o elaboración de informes a varios poderes de las fuerzas armadas que pueden requerir el uso o divulgación de su información médica.

**Indemnización por accidentes laborales** Su información médica puede ser usada o divulgada para cumplir con las leyes y reglamentaciones relacionadas con la Indemnización por accidentes laborales.



**Sus derechos acerca de la información médica**

Tiene derecho a:

- Solicitar una restricción a un determinado uso y divulgación de su información según lo establecido por 45CFR§164.522; sin embargo, la agencia no está obligada a aceptar una restricción solicitada excepto que sea una solicitud para restringir la divulgación de su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a nuestro plan de salud y si la divulgación es con el fin de llevar a cabo un pago o de operaciones de atención médica y no es, de otro modo requerido por ley; y la información médica protegida corresponde únicamente a un artículo de atención médica o servicio por el que ha pagado íntegramente.
- Los pacientes tienen derecho a ver las copias de sus historias clínicas electrónicas si la agencia las utiliza.
- Obtener una copia impresa de la notificación de prácticas de la información a solicitud.
- Inspeccionar y obtener una copia de su historia clínica según lo establecido en 45CFR§164.524:
- Modificar su historia clínica según lo establecido en 45CFR§164.426.
- Solicitar comunicaciones de su información médica por medios alternativos o en lugares alternativos.
- Revocar su autorización para usar o divulgar información médica excepto en la medida que i) ya se haya tomado una medida o ii) si la autorización fue obtenida como un requisito para obtener cobertura de seguro, otra ley le proporciona a la aseguradora el derecho a objetar un reclamo en virtud de la política o la política en sí misma.
- Los pacientes pueden recibir una contabilización de los lugares en donde se divulgó su información médica protegida dentro de los seis años de realizada la solicitud.

**Uso y divulgaciones que requieren autorización**

- Usos y divulgaciones de notas de psicoterapia, excepto i) el uso por parte del originador de las notas de psicoterapia para el tratamiento; ii) el uso o la divulgación para programas de capacitación en los que los estudiantes, practicantes o profesionales en salud mental aprendan bajo supervisión a practicar o mejorar sus habilidades en un asesoramiento grupal, conjunto, familiar o individual; o iii) el uso o la divulgación para defender una acción o procedimiento legal de su parte.
- Usos y divulgaciones para comercialización, excepto las siguientes comunicaciones: i) una comunicación cara a cara de nuestra parte a usted; o ii) un regalo promocional de valor nominal.
- Divulgaciones que constituyen una venta de información médica protegida.

**Inquietudes**

Puede contactar a la agencia o al Departamento de salud y servicios humanos si considera que sus derechos de privacidad han sido violados. No recibirá represalias por presentar una inquietud. Puede presentar una queja ante la agencia, mediante el envío de una notificación por escrito a la dirección que se indica a continuación.

The U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights

200 Independence Avenue, S.W.

Washington, D.C., 20201

o llamando al 1-877-696-6775 o visitando <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>

**Obligaciones de la agencia**

La agencia está obligada por ley a:

- Mantener la privacidad de la información médica protegida.
- Brindarle esta notificación de sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica protegida.
- Cumplir los términos de esta notificación.
- Notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada sobre cómo se usa o se divulga su información.
- Responder a solicitudes razonables que usted realice para comunicar información médica por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.
- Obtener su autorización por escrito para usar y divulgar su información médica por motivos que no sean los enumerados arriba y los permitidos en virtud de la ley.
- Notificarlo luego de una violación de PHI no segura.

La agencia se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de información y de implementar las nuevas disposiciones para toda la información médica protegida que mantiene. Se pondrán a su disposición notificaciones revisadas mediante notificación por escrito.

Información de contacto: Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con:

Aveanna / La agencia / Funcionario de privacidad

Six Concourse Parkway, Suite 1100, Atlanta, GA 30328

1-800-408-4442

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N. ° DM: \_\_\_\_\_

### ESTÁNDARES PARA LOS PROVEEDORES DE DMEPOS DE MEDICARE

**Aviso: Esta es una versión abreviada de los estándares para proveedores que todos los proveedores de DMEPOS de Medicare deben cumplir para obtener y conservar sus privilegios de facturación. Estos estándares, en su totalidad, se detallan en la sección 424.57(c) del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés).**

1. El proveedor debe cumplir con todos los requisitos regulatorios y licenciatarios federales y estatales correspondientes.
2. En la solicitud de proveedor de DMEPOS, el proveedor debe brindar información completa y precisa. Cualquier cambio en esta información debe ser informado a National Supplier Clearinghouse (Centro nacional de información sobre proveedores o NSC, por sus siglas en inglés) dentro de los 30 días.
3. El proveedor debe hacer que una persona autorizada, cuya firma es vinculante, firme la solicitud de afiliación para los privilegios de facturación.
4. El proveedor debe cubrir los pedidos con su propio inventario o debe contratar a otras compañías para la compra de artículos necesarios para cubrir los pedidos. El proveedor no puede contratar a ninguna entidad que esté actualmente excluida del programa de Medicare, de algún programa estatal de atención médica o de otros programas federales de adquisición u otros tipos.
5. El proveedor debe advertirles a los beneficiarios que pueden alquilar o comprar equipos médicos duraderos económicos o adquiridos habitualmente; también deben advertirles de la opción de compra de equipos para alquilar con opción de compra al término del alquiler.
6. El proveedor debe notificar a los beneficiarios acerca de la cobertura de la garantía y debe cumplir con todas las garantías de acuerdo con todas las leyes estatales aplicables, así como con las reparaciones o los reemplazos sin cargo de artículos cubiertos por Medicare que están en garantía.
7. El proveedor debe tener instalaciones en un sitio apropiado y debe contar con señales visibles que anuncien el horario de atención. La ubicación debe ser accesible para el público y debe contar con personal durante las horas de atención anunciadas. Las instalaciones deben tener como mínimo 200 pies cuadrados y deben tener espacio para almacenar registros.
8. El proveedor debe permitirles a CMS o a sus agentes llevar a cabo inspecciones en el lugar para que verifiquen si cumple con estos estándares.
9. El proveedor debe tener un teléfono comercial principal detallado junto con el nombre del negocio en el directorio local o un número gratuito disponible a través del servicio de información. No se permite el uso exclusivo de localizador, maquina contestadora, servicio de respuesta o teléfono celular durante los horarios de atención publicados.
10. El proveedor debe tener un seguro contra terceros completo por un monto mínimo de \$300,000 que cubra el negocio del proveedor y a todos sus clientes y empleados. Si el proveedor fabrica sus propios artículos, el seguro también debe cubrir la responsabilidad por productos y operaciones realizadas.
11. El proveedor tiene prohibido contactarse directamente con beneficiarios de Medicare. Para conocer todos los detalles sobre esta prohibición, consulte la sección 424.57(c) (11) del título 42 del CFR.
12. El proveedor es responsable de entregar artículos cubiertos por Medicare, instruir a los beneficiarios sobre su uso y conservar pruebas de dicha entrega e instrucción.
13. El proveedor debe responder todas las preguntas y atender todas las quejas de los beneficiarios, y debe conservar la documentación de dicho contacto.
14. Ya sea de forma directa o a través de un servicio contratado de otra compañía, el proveedor debe conservar y reemplazar o reparar sin cargo todos los artículos cubiertos por Medicare que les haya alquilado a los beneficiarios.
15. El proveedor debe aceptar las devoluciones que los beneficiarios hagan de artículos deficientes (calidad inferior del artículo en particular) o inadecuados (inapropiados para el beneficiario al momento en que fueron ajustados y alquilados o vendidos).
16. El proveedor debe compartir estos estándares con cada beneficiario a quien le brinde un artículo cubierto por Medicare.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **N. ° DM:** \_\_\_\_\_

17. El proveedor debe dar a conocer la identidad de todas las personas que sean propietarias del proveedor o que tengan una participación mayoritaria o financiera en él.
18. El proveedor no debe compartir ni reasignar un número de proveedor, es decir, el proveedor no puede vender su número de facturación de Medicare ni permitir que otra entidad lo use.
19. El proveedor debe tener un protocolo establecido para la resolución de quejas para abordar las quejas de los beneficiarios relacionadas con estos estándares. Se debe conservar un registro de estas quejas en las instalaciones físicas.
20. Los registros de quejas deben incluir el nombre, la dirección, el número telefónico y el número de reclamo del seguro de salud del beneficiario, un resumen de la queja y las medidas que se tomaron para resolverla.
21. El proveedor debe aceptar brindarle a CMS toda la información solicitada por el estatuto y las regulaciones de Medicare.
22. A fin de recibir y conservar un número de facturación de proveedor, todos los proveedores deben estar acreditados por un organismo de acreditación aprobado por CMS. La acreditación debe indicar los productos y servicios específicos por los cuales el proveedor está acreditado a fin de que este pueda recibir el pago por dichos productos y servicios (a excepción de algunos productos farmacéuticos exentos).
23. Cuando abren nuevas instalaciones de DMEPOS, todos los proveedores deben notificárselos a sus organismos de acreditación.
24. Para poder facturarle a Medicare, todas las instalaciones de los proveedores, ya sean propias o subcontratadas, deben cumplir con los estándares de calidad de DMEPOS y deben estar acreditadas por separado.
25. Al momento del registro, todos los proveedores deben declarar todos sus productos y servicios, incluida la incorporación de nuevas líneas de productos para los cuales buscan acreditación.
26. El proveedor debe cumplir los requisitos de garantía de seguridad especificados en la sección 424.57(d) del título 42 del CFR.
27. El proveedor debe obtener oxígeno de un proveedor de oxígeno licenciado por el estado.
28. De acuerdo con la sección 424.516(f) del título 42 del CFR, el proveedor debe conservar la documentación de pedidos y derivaciones.
29. El proveedor tiene prohibido compartir la ubicación de un consultorio con otros proveedores de Medicare.
30. El proveedor debe permanecer abierto al público por un mínimo de 30 horas por semana, excepto para los médicos (como se define en la sección 1848(j) (3) de la ley), terapeutas físicos y ocupaciones o proveedores de DMEPOS que trabajan con ortopedia y prótesis a medida.

En lugar de ofrecer una copia de los estándares al beneficiario, para cumplir con los requisitos detallados en el estándar para proveedores número 16, los proveedores de DMEPOS tienen la opción de compartir la siguiente declaración.

Los productos o servicios que (nombre comercial legal o ficticio [DBA] del proveedor o) le ofrece están sujetos a los estándares para proveedores que figuran en las regulaciones federales bajo la sección 424.57(c) del título 42 del Código de Regulaciones Federales. Estos estándares abarcan cuestiones comerciales tanto operativas como profesionales (por ejemplo, cumplir con garantías y horarios de atención). El texto completo de estos estándares se puede obtener en

<https://www.cms.gov/medicare/provider-enrollment-and-certification/medicareprovidersupenroll/downloads/dmeposupplierstandards.pdf>.

Si así lo solicita, le entregaremos una copia impresa de los estándares.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N. ° DM: \_\_\_\_\_

## Información sobre el informe de quejas específicas para cada estado:

Por problemas o inquietudes, comuníquese con Aveanna Healthcare Medical Solutions al **866-883-1188**. Cualquier empleado de Aveanna Healthcare Medical Solutions puede recibir una inquietud y responder para resolver el problema y aplicar tareas de gestión según sea necesario. Se debe notificar al cliente/paciente dentro de los 5 días calendario usando el formato oral, teléfono, correo electrónico, fax o carta de los hallazgos de la investigación y la resolución del problema. Para los problemas clasificados como altos o críticos, dentro de 14 días, un miembro del equipo de liderazgo le suministrará al cliente/paciente una notificación por escrito con los resultados de la investigación y la respuesta. Se guardará una copia de la carta en el expediente del cliente/paciente.

## La agencia está acreditada por:

**ACHC** - puede presentar una queja ante la Comisión de Acreditación para la Atención Médica (ACHC) llamando al departamento de quejas al 855-937-2242. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Este. La dirección de la oficina de ACHC es 139 Weston Oaks Ct., Cary, NC 27513.

Número de teléfono local: 919-785-1214.

## Informe de quejas

Reconozco que he sido informado acerca del procedimiento para informar una queja en caso de no estar satisfecho con algún aspecto de la experiencia de atención a domicilio. Entiendo que puedo presentar una queja sin tener que preocuparme por represalias, discriminación o interrupción irracional del servicio.

Entiendo que puedo comunicarme con la agencia las 24 horas del día al **866-883-1188**. No hay un teléfono para emergencias. En caso de una emergencia real, entiendo que debo llamar al 911.

## Cumplimiento de Aveanna

Para informar una queja o una conducta inapropiada, llame al Departamento de Cumplimiento (línea de ayuda integral) al 1-800-408-4442 o escriba a: Aveanna Compliance Department, 400 Interstate North Parkway, SE, Suite 1600, Atlanta, GA 30339

## Notificación de abusos

Para notificar prácticas abusivas, negligentes o explotadoras de parte de un empleado asociado con la agencia, comuníquese con las siguientes organizaciones:

**Abuso de adultos/personas mayores:** Eldercare Locator - (800) 677-1116

**Abuso de menores:** Childhelp - (800) 422-4453

## Interrupción de servicios sin anticipación

Entiendo que la agencia hace todo lo razonablemente posible para brindar un servicio sin interrupciones por parte de personal calificado; sin embargo, en algunas ocasiones, las interrupciones en el servicio no se pueden evitar a causa de, por ejemplo, mal tiempo u otros desastres naturales. Durante dicha interrupción sin anticipación de servicios esenciales, acepto disponer de atención de respaldo o coordinarla, o acepto que la agencia me brinde asistencia para coordinar el traslado a un centro de emergencias apropiado, en caso de ser considerado necesario.

## Finalización del servicio

Cualquiera de las partes puede detener el servicio; para ello, se requiere de un aviso por escrito u otro aviso requerido por las leyes y regulaciones aplicables.

---

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N. ° DM: \_\_\_\_\_

---

**Autorización y consentimiento**

Yo, \_\_\_\_\_, he sido informado que la agencia es mi proveedor de equipo médico duradero y tengo licencia para proporcionar equipo y suministros médicos duraderos según la orden y la remisión del médico. Doy mi consentimiento para recibir equipos y/o suministros médicos de la agencia. Es política de la agencia proteger todos los registros clínicos contra pérdida, alteración, manipulación y uso por parte de personas no autorizadas. Autorizo a la agencia a divulgar información médica al médico del paciente, al centro de mi elección, a la fuente del pagador o a cualquier organización de acreditación/regulación/consultoría, según corresponda.

HIPAA: He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad y doy mi consentimiento para que la agencia use o divulgue información de salud protegida para llevar a cabo operaciones de pago, tratamiento y atención médica.

He recibido una copia y una explicación de los derechos y las responsabilidades del paciente.

---

**Materiales educativos**

Me han informado verbalmente y por escrito qué hacer en caso de emergencia/desastre natural. Me han informado sobre la Guía de emergencia de la comunidad de Aveanna y cómo acceder a ella.

---

**Firma**

---

Firma del paciente/representante del paciente

---

Nombre en letra de imprenta

---

Fecha

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N. ° DM: \_\_\_\_\_

Nombre del representante del paciente: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono residencial: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil/alternativo: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Leer antes de firmar. Esta autorización solo es aceptable con respecto a la comunicación con la agencia y el paciente mencionado anteriormente.

- Solo el paciente o representante del paciente pueden dar permiso para una comunicación alternativa.
- Al firmar a continuación, doy fe de que soy el paciente o representante del paciente.
- Acepto que esta autorización durará mientras el paciente reciba los servicios.
- Puedo revocar o revisar esta autorización en cualquier momento al completar un nuevo formulario.
- A una copia o copia de fax se la considerará tan válida como el original.

Yo autorizo por la presente a que se comunique la información del paciente mencionado en los siguientes modos (marque todas las que aplican). Esta información puede incluir, entre otros, el nombre del paciente, los servicios recibidos de la agencia, la fecha de las consultas programadas o información adicional específica para las necesidades de atención médica del paciente.

Mensajes de correo de voz (ingrese el número de teléfono): \_\_\_\_\_

Mensajes de texto (ingrese el número de teléfono): \_\_\_\_\_  
*Responda STOP al número de mensajería de Aveanna para cancelar la recepción de mensajes de texto en cualquier momento.*

Mensajes de correo electrónico (correo electrónico): \_\_\_\_\_

Recordatorios de postales

Cartas

Mensajes a través de cuidador alternativo

Nombre 1: \_\_\_\_\_ Nombre 2: \_\_\_\_\_

Número de teléfono 1: \_\_\_\_\_ Número de teléfono 2: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente 1: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente 2: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Se pueden utilizar todos los métodos indicados anteriormente; sin embargo, mi método de comunicación preferido es el siguiente:

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente/representante del paciente

\_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **N. ° DM:** \_\_\_\_\_

**Acuerdo de arbitraje voluntario entre:**

\_\_\_\_\_ y Aveanna Healthcare.  
(escriba el nombre del paciente)

**1. Partes.** "Paciente" comprenderá al paciente identificado anteriormente, a los padres o Representantes Personales del Paciente y a aquellos que firmen junto al Paciente o en su nombre. Una persona que firme y tome habitualmente decisiones en nombre del Paciente será considerada un Representante Personal. El Paciente se considerará un tercero beneficiario de este acuerdo voluntario de arbitraje ("Acuerdo") y está destinado a beneficiarse directamente de la ejecución del acuerdo, junto con la recepción de los servicios correspondientes. Este Acuerdo formalizado se convierte en parte de los Acuerdos de Tratamiento del Paciente. "Proveedor" comprende todo lo asociado con el proveedor identificado anteriormente: operador con licencia, propietarios, funcionarios, directores, empleados, agentes, filiales, subsidiarias, empresas matrices, empresas holding, gerentes, consultores y proveedores de servicios administrativos. El Paciente entiende que puede buscar asesoría legal antes de firmar y se lo incentiva a hacer preguntas.

**AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL PACIENTE Y EL PROVEEDOR COMPRENDEN QUE RENUNCIAN AL DERECHO A UN JUICIO MEDIANTE JURADO EN CASO DE DISPUTA, Y QUE LA DECISIÓN DEL ÁRBITRO OBLIGA A LAS DOS PARTES Y ES DEFINITIVA. SI ESTE CONTRATO NO SE FIRMA, EL PACIENTE TODAVÍA PODRÁ RECIBIR SERVICIOS DEL PROVEEDOR.**

**2. Acuerdo para enviar disputas al arbitraje obligatorio.** Todas las disputas entre el Paciente y el Proveedor, cuando el monto que se dispute exceda los \$25,000, se someterán a un arbitraje obligatorio, incluidas las disputas que surjan o estén relacionadas con este Acuerdo (su aplicabilidad), o cualquier tratamiento del Paciente por parte del Proveedor, ya sea que existan o surjan en el futuro, ya sea por daños estatutarios, compensatorios o correctivos, e independientemente de las teorías legales sobre las cuales se afirma el reclamo. Este Acuerdo no cambia, limita o afecta ningún deber del Proveedor con respecto al Paciente, ni tampoco limita la responsabilidad del Proveedor de ninguna manera. El Árbitro aplicará la ley sustancial del estado, en la que se sitúa al Proveedor en los reclamos presentados en el arbitraje, excepto que las partes estipulan expresamente que la Ley Federal de Arbitraje, Título 9 del Código de los Estados Unidos, capítulos 1-16, regulará exclusivamente la aplicación de este Acuerdo. Si alguna disposición de este Acuerdo se considera inaplicable en virtud de la ley, la disposición se modificará para reflejar la intención de las partes de arbitrar sus reclamos, y todas las disposiciones restantes permanecerán con plena vigencia. En el caso de que un tribunal de primera instancia no haga cumplir este Acuerdo, las partes acuerdan suspender todos los procedimientos en el tribunal inferior hasta que el tribunal de apelación determine los méritos de cualquier apelación. Si un tribunal determina que las partes de este Acuerdo no están obligadas a arbitrar sus reclamos, las partes acuerdan que cualquier disputa será resuelta únicamente por un juez en un juicio sin jurado.

**3. Demanda de arbitraje y selección del/los árbitro/s.** La parte que desee demandar ("Demandante") iniciará el arbitraje mediante entrega por correo certificado, con acuse de recibo solicitado por parte de todas las demás partes demandadas ("Demandado"), de una demanda escrita ("Demanda") que especifique el asunto que se someterá al arbitraje y el nombramiento de un Árbitro. Las partes trabajarán en conjunto y de buena fe para elegir un Árbitro neutral, imparcial y con experiencia. En el plazo de los 20 días posteriores a la recepción de la Demanda, si las partes no pueden ponerse de acuerdo sobre la elección de un Árbitro, el Demandado podrá designar a una persona diferente, y los dos Árbitros deberán, en el plazo de los 10 días, elegir un tercer Árbitro. Las partes pueden acordar usar solamente el tercer árbitro que se eligió, si así lo desean. Cualquier árbitro nombrado o elegido debe ser un miembro acreditado y con las cuotas al día de una asociación de arbitraje reconocida a nivel nacional. (Sin embargo, el arbitraje no será llevado a cabo por una asociación de arbitraje, a menos que las partes lo acuerden expresamente). Es la obligación del Demandante exigir el arbitraje y, si alguna de las partes pasara por alto este Acuerdo y participara en un litigio dentro del sistema judicial, no se considerará que esa parte haya renunciado al derecho de obligar al arbitraje.

Iniciales de las partes firmantes: \_\_\_\_\_



**Acuerdo de arbitraje voluntario entre:**

\_\_\_\_\_ y Aveanna Healthcare.  
 (escriba el nombre del paciente)

**4. Procedimiento de arbitraje.** El arbitraje se llevará a cabo en la ciudad en la que el paciente reside, a menos que las partes acuerden lo contrario. Las partes pueden intervenir, presentar su testimonio y realizar otros exámenes que la justicia requiera y según lo considere necesario el Árbitro. Los procedimientos de arbitraje estarán regulados por las normas de derecho procesal civil y evidencia del estado en el que se encuentra el Proveedor. Las partes tienen la intención de que el proceso de arbitraje sea eficiente y finalice de la manera más rápida y económica posible, sin perder el derecho a una audiencia imparcial. Las partes tienen la intención de que el Árbitro limite la revelación solamente a asuntos relacionados directamente con el Paciente, y que la revelación y las declaraciones escritas se limiten solamente a la información necesaria para una audiencia imparcial. Además, la intención de las partes es que el reclamo se resuelva por completo en el plazo de los 180 días posteriores a la elección del Árbitro, siempre y cuando ambas partes aún puedan obtener una audiencia imparcial. El Árbitro emitirá una decisión por escrito en el plazo de los 10 días posteriores a la finalización de la audiencia. Todas las revelaciones, procedimientos y el fallo final serán confidenciales, y jamás se utilizará fuera del caso un descubrimiento que se haya realizado dentro del caso, a menos que las partes acuerden lo contrario por escrito. La decisión escrita del Árbitro incluirá los hallazgos detallados de los hechos y las conclusiones de la ley, se marcará como "confidencial", será firmada por cada Árbitro que presida la audiencia, será unánime, final, vinculante y no apelable, y puede ser ejecutada en cualquier tribunal de jurisdicción competente. Las partes tienen la intención de que este Acuerdo redunde en beneficio del Proveedor y lo obligue a él, a sus entidades afiliadas, representantes, directores médicos, empleados, sucesores, cesionarios y agentes, y redunde en beneficio y compromiso del Paciente, sus sucesores, padres, cesionarios, agentes, abogados, terceros beneficiarios, aseguradores, herederos, fideicomisarios y representantes, incluido el representante personal o albacea del patrimonio, y cualquier persona cuyo reclamo se derive del Paciente. Este Acuerdo puede revocarse en el plazo de los 15 días posteriores a su firma mediante notificación escrita enviada al Proveedor. Cualquier disputa que surja antes de la revocación seguirá sujeta a este Acuerdo. Si no se cancela en el plazo de los 15 días, este Acuerdo será vinculante para el Paciente por este y todos los tratamientos por parte del Proveedor, sin necesidad de una renovación adicional. Si el Paciente cancela este Acuerdo, se le permitirá recibir servicios en la ubicación del Proveedor, de conformidad con los términos y condiciones del acuerdo de admisión.

**5. EL PACIENTE HA LEÍDO ESTE ACUERDO DE ARBITRAJE, O SE LO HAN LEÍDO, Y HA RECIBIDO UNA COPIA DE DICHO ACUERDO. EL PACIENTE HA TENIDO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS. EL PACIENTE COMPRENDE QUE, AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, CONFIRMA QUE ENTIENDE Y ESTÁ DE ACUERDO CON ESTE ACUERDO, INCLUIDA LA EXENCIÓN DE UN JUICIO POR JURADO.**

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente/proveedor de cuidados

\_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
 Fecha



---

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N. ° DM: \_\_\_\_\_

---

Cuenta del paciente: \_\_\_\_\_

**Asignación de beneficios/responsabilidad financiera:** Autorizo (a) el pago directo a Aveanna Healthcare de cualquier seguro o beneficio de atención médica que me sea pagadero por equipos o suministros proporcionados por Aveanna Healthcare; (b) a que mi(s) compañía(s) de seguro y otros pagadores le brinden a Aveanna Healthcare toda la información perteneciente a mis beneficios de seguro y estados de reclamos presentados por Aveanna Healthcare por equipos y suministros proporcionados; y (c) a Aveanna Healthcare a compartir con mi(s) compañía(s) de seguro o (CMS y sus agentes) o cualquier otro pagador toda información sobre mi persona para la determinación de beneficios. Si bien el seguro u otra cobertura pueden cubrir el equipo o los suministros proporcionados por Aveanna Healthcare, en función de mi cobertura, reconozco que es posible que no todos los equipos y suministros estén cubiertos o que el reembolso puede ser inferior al 100% de los cargos facturados. Por lo tanto, acepto que soy financieramente responsable de cualquier saldo en mi cuenta, incluidos copagos y deducibles. Además, a menos que sea un beneficiario de Medicare y que Aveanna Healthcare haya aceptado la asignación o que sea un beneficiario de Medicaid/Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS), acepto pagar de inmediato el monto total adeudado a Aveanna Healthcare si (a) Aveanna Healthcare no recibe pago alguno al cabo de 90 días luego de la fecha en que Aveanna Healthcare presenta un reclamo; (b) mi médico o yo no le brindamos a Aveanna Healthcare la información necesaria para presentar el reclamo. Acepto transferir de inmediato a Aveanna Healthcare cualquier pago que yo reciba por equipos o suministros proporcionados por Aveanna Healthcare en función de asignaciones. Si Aveanna Healthcare se negara a aceptar la asignación de mis beneficios de Medicare o de cualquier otro pagador, acepto pagar la totalidad del monto adeudado a Aveanna Healthcare.

---

Firma del paciente/proveedor de cuidados

Nombre en imprenta

Fecha

Por favor explique si alguien que no sea el paciente firma:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N. ° DM: \_\_\_\_\_

Aveanna Healthcare respeta todas las garantías que se expresan e implican dentro de la ley estatal. Aveanna Healthcare notificará a todos los beneficiarios de Medicare acerca de la garantía de cobertura de cualquier suministro comprado o alquilado. Aveanna Healthcare no le aplicará cargos al beneficiario o al programa de Medicare por la reparación o reemplazo de artículos o servicios de Medicare cubiertos por la garantía. Además, se proporcionará un manual del propietario (cuando haya uno disponible) con información de la garantía a los beneficiarios para todos los equipos médicos duraderos.

Los manuales están disponibles en la siguiente URL o escaneando el código QR:

<https://www.aveannamedicalsolutions.com/manuals>



Reconozco que, yo \_\_\_\_\_ (nombre del paciente)  
recibí instrucciones y comprendo la cobertura de la garantía del producto que recibí.

\_\_\_\_\_  
Firma del beneficiario

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N. ° DM: \_\_\_\_\_

***Este formulario no es necesario si no se entrega ningún equipo al paciente.***

Recibí instrucciones y entiendo que Medicare define el \_\_\_\_\_ que recibí como un alquiler con límite máximo o un artículo económico o comprado habitualmente.

**Para artículos de alquiler con límite máximo:**

- Medicare pagará una tarifa de alquiler mensual por un período que no excederá los 13 meses, después del cual la propiedad del equipo se transfiere al beneficiario de Medicare.
- Después de que la propiedad del equipo se transfiere al beneficiario de Medicare, es responsabilidad del beneficiario organizar cualquier servicio o reparación requerido del equipo.
- Ejemplos de este tipo de equipo incluyen: camas de hospital, almohadillas de presión alterna, nebulizadores, bombas de succión, dispositivos de presión continua en las vías respiratorias (CPAP), bombas de alimentación y elevadores de pacientes.

**Para artículos económicos o comprados habitualmente:**

- Los artículos y equipos de esta categoría, que no entran en la categoría de alquiler con límite, se pueden comprar o alquilar; sin embargo, el monto total pagado por los alquileres mensuales no puede exceder el monto de compra del programa de tarifas.
- Ejemplos de este tipo de equipo incluyen: barandillas laterales de la cama.

Selecciono el:

- Opción de compra     Opción de alquiler

\_\_\_\_\_  
Firma del beneficiario

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de la agencia

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

# DME Certification and Receipt Form

## Certificación y Recibo de Equipo Medico Duradero (DME)

(Page 1 of 4 - Required)

**Texas Only:** DME Certification and Receipt Form must be submitted to TMHP for claims and appeals for DME that meet or exceed a billed amount of \$2,500.00

This certification is required by section 32.024 of the Human Resources Code and must be completed before the DME provider can be paid for durable medical equipment provided to a Medicaid client.

*Esta certificación es necesaria bajo la Sección 32.024 del Código de Recursos Humanos y se debe llenar antes de poder reembolsar al proveedor del equipo médico duradero por cualquier equipo médico proporcionado al cliente de Medicaid.*

### Section A: Client Information

Name*:	Medicaid ID Number*:		
Address:	City:	State:	ZIP:
Telephone Number:	Alternate Telephone Number:		

### Section B: Provider Information

Provider Name:	Prior Authorization Number (PAN):		
NPI/API:	Taxonomy:	Benefit Code:	
Street Address:			
City:	State:	ZIP + 4:	

### Section C: Product Information

Date of Service:		
Procedure Code:	Description:	Serial No:
Procedure Code:	Description:	Serial No:
Procedure Code:	Description:	Serial No:
Procedure Code:	Description:	Serial No:
Procedure Code:	Description:	Serial No:

### Section D: Certification

This is to certify that on (month/day/year) \_\_\_\_\_ the client received the \_\_\_\_\_ (equipment) as prescribed by the physician. The equipment has been properly fitted to the client and/or meets the client's needs.

The client, parent, the guardian of the client, and/or caregiver of the client has received training and instruction regarding the equipment's proper use and maintenance.

\_\_\_\_\_  
Printed name of DME supplier

\_\_\_\_\_  
Printed name of client, parent, guardian, or primary caregiver

\_\_\_\_\_  
Signature of DME supplier

\_\_\_\_\_  
Signature of client, parent, guardian, or primary caregiver

# DME Certification and Receipt Form

## Certificación y Recibo de Equipo Medico Duradero (DME)

(Page 2 of 4 - Required)

### Section D: Certification

#### Certification (Spanish)

Esto certifica que el: (mes/día/año) \_\_\_\_\_ el cliente recibió [el] [la] [los] [las]

\_\_\_\_\_ (equipo) que el doctor recetó. El equipo ha sido adaptado correctamente para el cliente o satisface las necesidades del cliente.

El cliente, padre, o tutor, o el cuidador principal del cliente ha recibido entrenamiento e instrucción con respecto al uso y mantenimiento apropiado del equipo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del proveedor del equipo médico duradero

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente, padre, tutor, o cuidador principal

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor del equipo médico duradero

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente, padre, tutor, o cuidador principal

### Section E: Qualified Rehabilitation Professional (QRP) Verification for Wheeled Mobility Systems

This is to certify that on (month/day/year) \_\_\_\_\_ the client received a wheeled mobility system or major modification to a wheeled mobility system as prescribed by the physician.

By signing this form, I verify all the following:

- I participated in the seating assessment for the wheeled mobility system or have obtained authorization to perform the fitting as the QRP, and
- The wheeled mobility system and/or major modification has been properly fitted to the client, and
- The wheeled mobility system and/or major modification meets the client's functional needs for seating, positioning, and mobility, and
- The client, parent, guardian of the client, and/or caregiver of the client has been trained and instructed regarding the wheeled mobility system's proper use and maintenance.

\_\_\_\_\_  
Printed name of QRP

\_\_\_\_\_  
QRP NPI

\_\_\_\_\_  
Signature of QRP

\_\_\_\_\_  
Date

**This form must be submitted to TMHP for a single DME product with an allowed amount of \$2500 or more, for multiple DME products submitted on the same date of service that meet or exceed a total billed amount of \$2500, or for a wheeled mobility system or major modification of a wheeled mobility system. Section E must be completed for all wheeled mobility systems and major modifications to wheeled mobility systems. Submit this form with the appropriate claim form or fax this form to 512-506-6615. Information submitted in this form must match information in the claim form.**

This form must be filled out completely; place none or N/A where applicable. Incomplete forms will be returned and will cause a delay in the verification and payment process. **Failure to submit this form will affect claim payment.**

**Notice to clients:** You may be contacted to verify receipt of the equipment provided.

**Notificación al cliente:** Puede que usted sea contactado para verificar el recibo del equipo proporcionado.

# DME Certification and Receipt Form

## Certificación y Recibo de Equipo Médico Duradero (DME)

(Page 3 of 4 - Required only for requests containing six or more items)

### Client Information

Medicaid ID Number\*:

### Provider Information

Provider Name\*:

Prior Authorization Number (PAN):

NPI\*/API:

### Product Information (Continuation)

Date of Service:

Procedure Code:	Description:	Serial No.:

### Certification

This is to certify that on (month/day/year) \_\_\_\_\_ the client received the \_\_\_\_\_ (equipment) as prescribed by the physician. The equipment has been properly fitted to the client and/or meets the client's needs. The client, parent, the guardian of the client, and/or caregiver of the client has received training and instruction regarding the equipment's proper use and maintenance.

\_\_\_\_\_  
Printed name of DME supplier

\_\_\_\_\_  
Printed name of client, parent, guardian, or primary caregiver

\_\_\_\_\_  
Signature of DME supplier

\_\_\_\_\_  
Signature of client, parent, guardian, or primary caregiver

### Certification (Spanish)

Esto certifica que el: (mes/día/año) \_\_\_\_\_ el cliente recibió [el] [la] [los] [las] \_\_\_\_\_ (equipo) que el doctor recetó. El equipo ha sido adaptado correctamente para el cliente o satisface las necesidades del cliente.

El cliente, padre, o tutor, o el cuidador principal del cliente ha recibido entrenamiento e instrucción con respecto al uso y mantenimiento apropiado del equipo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del proveedor del equipo médico duradero

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente, padre, tutor, o cuidador principal

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor del equipo médico duradero

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente, padre, tutor, o cuidador principal

# DME Certification and Receipt Form

## Certificación y Recibo de Equipo Medico Duradero (DME)

(Page 4 of 4 - Not for submission to TMHP)

### High Cost DME Call Verification

Your provider has sent you some medical equipment. We want to make sure that you got what you wanted and that it works well. We need to talk to you about the equipment before we can pay for it.

#### Call TMHP at 1-888-276-0702

Please call us toll-free at 1-888-276-0702 as soon as you can. We are open Monday through Friday from 7 a.m. to 7 p.m., Central Time. If you call us after hours, you can leave a message. Tell us your name, phone number, and the best time to call you back.

#### Required Information

Please have this information with you when you call:

- Name
- Medicaid number
- Birth date
- Address (street, city, state, ZIP)
- Provider's name
- Date you got the equipment
- Details about the equipment



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N. ° DM: \_\_\_\_\_

He leído y comprendido las siguientes políticas y formas, tal como se describe (coloque sus iniciales en las líneas a continuación):

**Aveanna Healthcare Medical Solutions Paquete general para nuevos pacientes**

- \_\_\_\_\_ 1. Carta de bienvenida
- \_\_\_\_\_ 2. Cómo empezar
- \_\_\_\_\_ 3. AHMS Derechos y responsabilidades del paciente
- \_\_\_\_\_ 4. Aviso de no discriminación
- \_\_\_\_\_ 5. Aviso de prácticas de privacidad
- \_\_\_\_\_ 6. Estándares para los proveedores de DMEPOS de Medicare
- \_\_\_\_\_ 7. AHMS Acuerdo de servicios del paciente
- \_\_\_\_\_ 8. Autorización para una comunicación alternativa
- \_\_\_\_\_ 9. Acuerdo de arbitraje
- \_\_\_\_\_ 10. Asignación de beneficios
- \_\_\_\_\_ 11. Carta de garantía

**Los siguientes formularios sólo se utilizan si corresponde:**

- \_\_\_\_\_ 12. \*Acuerdo de opción de alquiler con límite máximo de Medicare y económico o de compra rutinaria
- \_\_\_\_\_ 13. Formulario de certificación y recibo de DME (Solo Texas: consulte el descargo de responsabilidad en la primera página)

\* = Este formulario no es necesario si no se entrega ningún equipo al paciente.

**Formularios adicionales incluidos según corresponda:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El paciente tiene derecho a conocer, si así lo solicita, los nombres, direcciones y números telefónicos de entidades con financiamiento federal y estatal que prestan servicios en el área donde él reside.

Al firmar a continuación, certifico que he recibido la información anterior y que la he leído. Todas las preguntas sobre estas políticas han sido abordadas. Mi firma también certifica que entiendo y acepto las políticas anteriores. Entiendo que soy responsable de todos los cargos que mi aseguradora no pague. Una fotocopia de este documento es tan válida como el original. Si la solicita, puede obtener una copia de este documento.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente/representante del paciente      Nombre en letra de imprenta      Fecha



# Nutrición enteral, suministros médicos y respiratorios

Proporcionamos soluciones  
médicas de calidad en el hogar  
a niños y adultos



SOLUCIONES  
MÉDICAS

Líder de confianza en el servicio de calidad y suministros médicos en el hogar



# Bienvenido

## a Aveanna Healthcare

### Índice

Acerca de Soluciones Médicas de Aveanna Healthcare .....	1
Qué debe esperar con su pedido .....	2
Su experiencia con Aveanna es importante .....	2
Productos .....	3
Servicios .....	4
Pautas básicas de higiene y control de infecciones.....	5

### Horario de atención

Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. CST

Sabado de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. CST

Llámenos al

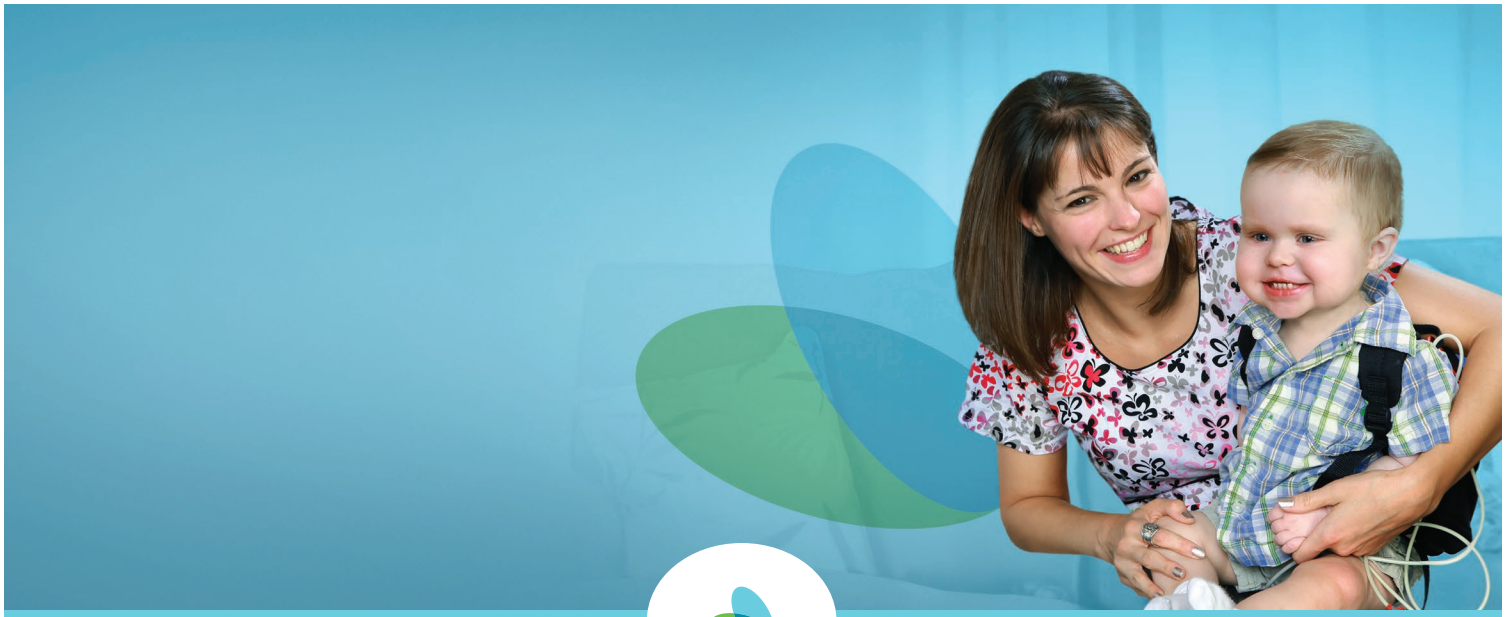
T: 866-883-1188 | F: 844-754-1345

Visítenos en [aveanna.com/our-locations](https://aveanna.com/our-locations) para obtener información específica de las ubicaciones.

*Contamos con personal en inglés y español dispuesto a ayudarle*

### Información después del horario de atención

Si necesita atención después del horario de atención, llámenos al número anterior para ser dirigido a nuestro servicio de respuesta. Para situaciones urgentes (por ejemplo, si se queda sin fórmula o tiene un problema con el equipo), el servicio de respuestas se comunicará con usted rápidamente con un representante de turno para brindarle asistencia. Para llamadas no urgentes, el servicio de respuestas le garantizará que se le devuelva la llamada el próximo día hábil. *Para emergencias médicas, llame al 911.*



## Acerca de Soluciones Médicas de Aveanna Healthcare

Como parte de la familia de compañías de Aveanna, Soluciones Médicas de Aveanna Healthcare reúnen una tradición de excelencia de 45 años que se extiende desde algunos de los nombres más respetados en la atención pediátrica y de adultos. Dichos nombres comprenden Epic Medical Solutions, Medco Respiratory Instruments y Option 1 Nutrition Solutions. En la actualidad, Aveanna presta servicios como una verdadera líder de la industria, dedicada a brindar servicios y productos de gran calidad a su hogar.

Aveanna le ofrece las soluciones médicas en el hogar de mayor calidad con experiencia clínica, compasión y servicio extraordinario para obtener los mejores resultados posibles para nuestros pacientes. Al hacerlo, mejoramos la calidad de vida de aquellos a quienes prestamos servicios y ayudamos a crear un ambiente de comodidad, uniformidad y normalidad para nuestros pacientes y sus familias.

Para nosotros, es un privilegio y un honor poder dar la bienvenida a un nuevo paciente a nuestra familia de Aveanna. Nuestra atención siempre se

brinda desde la sincera compasión y empatía, y nuestros equipos clínicos, de atención al cliente y de operaciones trabajan en conjunto para generar una sinergia única con el fin de brindar una atención que supera las expectativas de nuestros pacientes.

Aveanna se dedica plenamente a brindar toda la atención que pueda satisfacer las necesidades de su familia. Es por eso que ofrecemos atención de enfermería privada, terapia, y más. No todos los servicios están disponibles en todas las ubicaciones, consulte la sucursal local o visite [aveanna.com](http://aveanna.com) para obtener más información.



## Qué debe esperar con su pedido

Cuando se recibe su solicitud de suministros médicos, un miembro de Aveanna:

- Recopilará y verificará la documentación necesaria para completar su pedido.
- Presentará los formularios de recetas a su médico.
- Trabjará con su compañía de seguros para obtener las autorizaciones necesarias.
- Lo tratará siempre con respeto y cortesía.

## Sus responsabilidades como paciente

Cumpla con las siguientes responsabilidades para los pacientes así podremos procesar/enviar su pedido correctamente:

1. Asegúrese de que tengamos su dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico actuales.
2. En caso de cambio de los suministros o si tiene un médico nuevo, llámenos.
3. Hable con su médico sobre las fechas de renovación de las recetas.
4. Responda a los llamados, los mensajes y los mensajes de correo de Aveanna de inmediato.
5. Repase toda la lista de sus responsabilidades como paciente.

## Información importante

- Aveanna le enviará los suministros a su hogar.
- Coordinaremos la documentación necesaria entre su médico y la compañía de seguros.
- Aveanna le puede proporcionar siempre servicios bilingües
- Su privacidad es importante para nosotros. Cumplimos con todas las pautas de la Ley HIPAA (Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico).
- ¿Tiene preguntas o inquietudes? Llámenos y una persona responderá su llamada durante el horario de atención habitual (Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. CST, o sábado 8:00 a.m. a 1:00 p.m. CST).

## Manejo de recetas

- Sus recetas de suministros por lo general son válidas durante seis meses hasta un año, según el seguro. Llámenos si tiene preguntas relacionadas con su cobertura.
- Nos comunicaremos con usted un mes antes del vencimiento de su receta para verificar que sus necesidades de suministros son las mismas. Un miembro de nuestro equipo verificará la documentación y luego enviará por fax una receta de renovación a su médico para completar y firmar.
- Cuando trabajemos con su médico para obtener la autorización de una receta, le continuaremos enviando sus suministros.

## Su experiencia con Aveanna es importante

Creemos que usted merece un gran nivel de servicio. Si cree tener una inquietud o una queja, llámenos de inmediato. Tomamos en serio su disconformidad y trabajaremos para resolver sus inquietudes.

**Atención:** Medicare y otros planes de atención médica nos exigen comunicarnos con usted todos los meses para recibir consentimiento antes de enviar los suministros. Si usted es elegible para un plan de salud con este requisito, nuestro equipo de atención de pacientes se lo informará en el contacto inicial. Haremos todo lo posible por comunicarnos con usted (o la persona que autorice) cuando se programe un envío, pero le recomendamos comunicarse con nosotros todos los meses que necesite suministros para evitar cualquier interrupción en el servicio.





## Productos

---

*La disponibilidad de productos y servicios varía según la ubicación.*

Muchos de nuestros clientes tienen varias necesidades de productos. Si en la actualidad utiliza varios tipos de productos, comuníquese con nuestro departamento de atención al cliente para consultar cómo podemos satisfacer mejor sus necesidades de suministros.

### Nutrición enteral (alimentación por sonda)

#### Suministros de alimentación

- Bombas de alimentación portátil
- Bolsas de alimentos
- Sondass de alimentación  
(Sondas G, sondas NG, y botones G)
- Jeringas
- Juegos de extensión continua
- Juegos de extensión de bolo
- Polos IV

Para nuestros pacientes que utilizan bombas de alimentación portátil, suministramos las mochilas correspondientes que permiten guardar la bomba. Además, ofrecemos a pedido una variedad de mochilas temáticas personalizadas y apropiadas para la edad, según lo autorice el pagador.

#### Fórmulas nutricionales

Suministramos más de 200 fórmulas para bebés, pediátricas y para adultos de Abbott, Nestle, Mead Johnson, Kate Farms y Nutricia así como fórmulas naturales y metabólicas.

### Suministros médicos

#### Suministros para incontinencia

- Ropa interior/Pull-ups®
- Pañales
- Recubrimientos/complementos
- Toallitas húmedas
- Paños de algodón

#### Suministros para urología

Productos Coloplast y Bard disponibles

- Catéter intermitente, externo y foley
- Kits de sistemas cerrados
- Bolsas de drenaje/para las piernas
- Bandejas de irrigación e inserción

### Suministros respiratorios

- Respirador
- BiPAP/ST
- CPAP
- Oxígeno
- Nebulizador
- Oxímetro de pulso
- Asistente para la tos
- Suministros de traqueotomía
- Máquinas y equipos de succión
- Compresor de 50 PSI



## Servicios

---

La disponibilidad de productos y servicios varía según la ubicación.

### Aveanna ofrece los siguientes beneficios:

- Nutrición enteral (alimentación por sonda), respiratoria (si está disponible) y suministros médicos (incontinencia y urológicos)
- Educación para pacientes y cuidadores, en el hospital y en casa a cargo de una enfermera registrada, nutricionista registrado, terapeuta respiratorio o técnico de atención al cliente (*personal bilingüe disponible*)
- Soporte técnico y de enfermería 24/7, los 365 días del año.
- Preparación en casa y el hospital.
- Evaluación nutricional, revisión de los cambios de pedidos y experiencia en la selección de la fórmula a cargo de un nutricionista registrado y un médico.
- Seguimiento para pacientes y familiares dentro de las 24 horas del alta.
- Verificación de la elegibilidad para el seguro y las autorizaciones, además de coordinación de documentación entre proveedores, pacientes y médicos.
- La mayor selección de fórmulas enterales, suministros y bombas de la industria.
- Más de 45 años de experiencia proporcionando soluciones médicas de calidad en el hogar.
- Envío a domicilio sin cargo adicional.





## Pautas básicas de higiene y control de infecciones

### Lavado de manos: control de infecciones

El lavado de manos es el método más básico para controlar el contagio de infecciones. Utilice alcohol en gel para manos o agua y jabón antimicrobiano. El jabón en espuma o las toallitas antimicrobianas podrían ser consideradas una alternativa para el lavado de manos, pero no son tan eficaces.

#### Cuándo debe lavar sus manos

- Antes del contacto directo con los pacientes
- Antes de colocarse guantes estériles
- Después de entrar en contacto con la piel del paciente
- Después de quitarse los guantes
- Antes de comer
- Después de entrar en contacto con líquidos o secreciones corporales, membranas mucosas, piel dañada y vendajes de heridas.
- Después de entrar en contacto con objetos inanimados que han estado cerca de un paciente.
- Después de ir al baño

#### Consejos para el lavado de manos de los Centros de Control de Enfermedades

- Cuando las manos están visiblemente sucias o manchadas con sangre o líquidos corporales, lave sus manos con jabón y agua tibia (no caliente).
- Primero, humedezca sus manos con agua, luego aplique jabón y frote las manos durante al menos 15 segundos, incluidos los dedos. (Para

divertirse, puede cantar el “Feliz cumpleaños” o la “Canción del ABC” dos veces). Enjuague las manos con agua y séquelas bien con una toalla descartable.

- Utilice una toalla para cerrar la canilla.
- Si las manos no están visiblemente sucias, utilice desinfectante para manos a base de alcohol.

**NOTA:** No se recomienda usar toallas de tela de usos múltiples.

#### Mantenimiento de la limpieza del equipo

La limpieza del equipo se debe realizar según fuera necesario y según las pautas del fabricante.

Siempre limpie el equipo con un paño o esponja húmeda y seque bien el equipo. Al igual que con cualquier dispositivo eléctrico, debe tener cuidado para evitar que los líquidos entren en contacto con el cable eléctrico o que ingresen al área de compartimiento de la batería. **PRECAUCIÓN:** No sumerja el equipo en agua o en otras soluciones de limpieza.



Si tiene preguntas,  
llámenos al **866-883-1188**  
[aveannamedicalsolutions.com](http://aveannamedicalsolutions.com)

**Aveanna Healthcare**  
**Soluciones Médicas**

F: 844-754-1345

  
**aveanna**  
healthcare®

**SOLUCIONES**  
**MÉDICAS**

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-255-8360 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-255-8360 (TTY: 711)。

Aveanna Healthcare, LLC does not discriminate on the basis of race, color, religion, national origin, age, sex, sexual orientation, gender identity or expression, disability, or any other basis prohibited by federal, state, or local law.

© 2025 Aveanna Healthcare, LLC. The Aveanna Heart Logo is a registered trademark of Aveanna Healthcare, LLC and its subsidiaries.

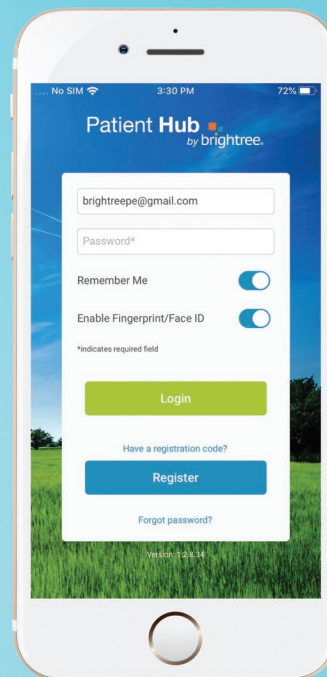
AVEK-138SP\_0125



# ¡Descargue nuestra aplicación móvil!

## Funciones de la aplicación Patient Hub

- Enviar y recibir mensajes seguros
- Actualizar su información personal
- Cargar nueva información de seguros
- Recibir notificaciones útiles sobre envíos y estados de órdenes



## Cómo registrarse con Aveanna Healthcare Medical Solutions

- 1 Póngase en contacto con Aveanna y solicite que le enviemos una invitación por correo electrónico para registrarse en Patient Hub.
  - Llame al 866-883-1188, o
  - Solicíteselo a un representante cuando confirme su orden mensual
    - Asegúrese de incluir el nombre completo y la fecha de nacimiento del paciente

- 2 Luego de recibir el código de verificación, ingrese a la App o Play Store y descargue Patient Hub by Brightree.



App  
Store



Play  
Store

- 3 Abra la aplicación y presione el botón Register (Registrarme).
  - Ingrese su dirección de correo electrónico y el código de verificación de la invitación de correo electrónico
  - Verifique su fecha de nacimiento
  - Confirme su información
  - Active las notificaciones

Si tiene alguna duda, por favor  
contáctenos al **866-883-1188**  
[AveannaMedicalSolutions.com](http://AveannaMedicalSolutions.com)



MEDICAL  
SOLUTIONS