



DIÁLISIS EN HARTFORD HOSPITAL
ACUERDO ENTRE EL PACIENTE Y LA INSTITUCIÓN PARA TRATAMIENTO DE DIÁLISIS

Este es un contrato entre dos partes, una es USTED, el PACIENTE DE DIÁLISIS, y la otra somos NOSOTROS, su INSTITUCIÓN PARA TRATAMIENTO DE DIÁLISIS.

Probablemente piense que es poco habitual y tal vez innecesario celebrar un contrato así.

Pero un contrato entre una institución de diálisis y un paciente realmente no es muy diferente a cualquier otro contrato por servicios. No le prometemos curarlo, sino tratar su insuficiencia renal lo mejor que podamos y según los estándares de cuidado implementados por otras instituciones de diálisis en nuestra comunidad. Usted, a su vez, promete ser un paciente tan comprensivo, cooperativo y responsable como le sea posible.

El propósito de este contrato es positivo. Intenta aclarar los derechos y responsabilidades de ambas partes. Dice QUIÉN hará QUÉ.

Puede ser utilizado como lista de chequeo para ambas partes para revisar de tiempo en tiempo, a fin de saber si ambos estamos haciendo lo que dijimos que haríamos. Y, si no es así, qué se puede o se debería hacer para corregir o mejorar la situación.

Puede usarlo para familiarizar más a su familia o amigos sobre el tipo de tratamiento que recibe aquí y lo que ellos podrían hacer para ayudarlo y apoyarlo.

Firmas:

_____ Fecha: _____ Hora: _____
Paciente / parte responsable:

_____ Fecha: _____ Hora: _____
Personal de la institución: Título:



DIÁLISIS EN HARTFORD HOSPITAL
ACUERDO ENTRE EL PACIENTE Y LA INSTITUCIÓN PARA TRATAMIENTO DE DIÁLISIS

RESPONSABILIDADES DE LAS INSTALACIONES

BRINDARLE TRATAMIENTOS DE DIÁLISIS QUE SE ENCUENTREN DENTRO DEL NIVEL DE LOS ESTÁNDARES DE LA COMUNIDAD Y QUE ESTÉN DE ACUERDO CON REGULACIONES FEDERALES Y ESTATALES.

Nosotros, la institución:

Brindaremos terapia de diálisis que esté de acuerdo con las pautas actuales de aptitud.

Brindaremos personal de diálisis licenciado o certificado en sus profesiones según se requiera legalmente.

Brindaremos disponibilidad de enfermeras, trabajadores sociales, nutricionistas y personal técnico para satisfacer sus necesidades.

Practicaremos Precauciones Universales y otros procedimientos para prevenir o controlar las infecciones y mantener un ambiente limpio e higiénico.

Aseguraremos que los miembros del personal de la institución responderán a los problemas que puedan ocurrir durante el tratamiento.

Mantendremos el equipamiento para asegurar un tratamiento de diálisis seguro.

Participaremos continuamente en iniciativas y programas para el mejoramiento de la calidad.

Brindaremos cobertura médica para monitorear la calidad del cuidado.

PARA ENSEÑARLES A USTED, SUS FAMILIARES O SERES QUERIDOS SOBRE LA ENFERMEDAD RENAL Y SU TRATAMIENTO

Nosotros, la institución:

Les informaremos sobre nuestra institución de diálisis y todas sus políticas relevantes.

Le ayudaremos a su médico a suministrarle información sobre su enfermedad renal.

Los invitaremos a participar en todas las decisiones con respecto a su Programa de Cuidado a Largo Plazo y lo revisaremos o actualizaremos al menos una vez por año.



**DIÁLISIS EN HARTFORD HOSPITAL
ACUERDO ENTRE EL PACIENTE Y LA INSTITUCIÓN PARA TRATAMIENTO DE DIÁLISIS**

Revisaremos y actualizaremos su Plan de Cuidado de Diálisis.

Le informaremos sobre todos los procedimientos propuestos, incluso sus riesgos y beneficios.

Revisaremos periódicamente sus opciones de tratamiento para diálisis o trasplante.

Lo referiremos al centro de trasplante de Hartford Hospital si está interesado.

Le informaremos sobre cualquier investigación o procedimiento experimental que pueda afectarlo.

Le enseñaremos qué hacer si hay una emergencia durante las operaciones de diálisis.

Le enseñaremos qué hacer si hay un desastre y usted no puede recibir sus tratamientos habituales.

Le brindaremos información sobre sus derechos legales para acceder a sus registros médicos.

PARA ALENTARLO A ALCANZAR LA MEJOR CALIDAD DE VIDA POSIBLE CONSIDERANDO SU ENFERMEDAD

Nosotros, la institución

Le brindaremos servicios de trabajadores sociales y asesoramiento nutricional.

Le ayudaremos con los arreglos para el tratamiento si desea viajar.

Le programaremos su tratamiento en el horario que más le convenga dentro de nuestras posibilidades.

Identificaremos dónde se pueden obtener los servicios que no ofrecemos y le ayudaremos a obtenerlos cuando sea posible.

Lo referiremos a agencias que se especializan en rehabilitación, tanto vocacional como de calidad de vida.

PARA TRATARLO CON RESPETO, CONSIDERACIÓN Y DIGNIDAD

Nosotros, la institución

Mantendremos la confidencialidad de sus comunicaciones y registros.

Le ayudaremos a resolver cualquier problema relacionado con su tratamiento que usted nos informe.



**DIÁLISIS EN HARTFORD HOSPITAL
ACUERDO ENTRE EL PACIENTE Y LA INSTITUCIÓN PARA TRATAMIENTO DE DIÁLISIS**

Le informaremos sobre nuestros procedimientos de queja e identificaremos a otras agencias a las que puede contactar por problemas, si prefiere hacerlo.

No tomaremos represalias si desea presentar una queja.

Le ayudaremos con la transferencia a otra clínica si usted así lo elige.

Les brindaremos un mecanismo a usted y otros pacientes para que se comuniquen entre sí, con el personal y la gerencia.

Le informaremos sobre cambios importantes en el manejo y las prácticas de nuestra institución.

Intentaremos conectarlo y desconectarlo de la máquina de diálisis en un lapso de 15 minutos del horario programado y, si no podemos, le daremos una explicación.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

COMO ACCEDO A SER UN PARTICIPANTE ACTIVO EN LA TOMA DE DECISIONES SOBRE MI SALUD Y MI TRATAMIENTO, YO:

Participaré en el desarrollo de mi Plan de Cuidado de Diálisis.

Conoceré las distintas opciones (modalidades) disponibles para el tratamiento.

Conoceré mis resultados de laboratorio y su relación con mi tratamiento.

Conoceré todos los documentos/requisitos legales que puedan afectar mi tratamiento.

Comprenderé las consecuencias de no cumplir, que podrían dar como resultado un empeoramiento de la salud, sesiones de diálisis más prolongadas, hospitalización, alta de la institución o muerte.

Seguiré los procedimientos para el control de infecciones, tanto para mí como para mis visitantes.

Reconoceré que es mi responsabilidad hacer los arreglos para mi transporte.

Accederé a traer mis medicamentos cuando me lo soliciten.

Haré citas periódicas con mi nefrólogo para revisar mi cuidado.

Notificaré a mi médico o enfermera sobre cualquier cambio en mi salud.

Suministraré información exacta sobre mis antecedentes médicos y sociales.



DIÁLISIS EN HARTFORD HOSPITAL

ACUERDO ENTRE EL PACIENTE Y LA INSTITUCIÓN PARA TRATAMIENTO DE DIÁLISIS

ACEDO A CONOCER LAS OPERACIONES Y REGLAS DE MI INSTITUCIÓN Y COMPORTARME SEGÚN CORRESPONDA.

Llegaré a tiempo para mi tratamiento (sabiendo que si llego temprano, no necesariamente iniciaré mi tratamiento temprano).

Le informaré a la institución si voy a llegar tarde o si necesito reprogramar mi tratamiento (sabiendo que si llego tarde, no recibiré mi tratamiento completo).

Llegaré libre de la influencia de drogas ilegales o alcohol.

Pagaré los servicios prestados.

Brindaré información sobre mis coberturas de seguros y las mantendré actualizadas.

Haré una solicitud a Medicare cuando corresponda.

Me abstendré de operar mi equipamiento de diálisis y de remover o manipular mis agujas a menos que me hayan entrenado y autorizado para hacerlo.

Entiendo que no puedo requerir a mi institución de diálisis que me provea miembros específicos del personal.

Informaré a la institución sobre cualquier cambio personal tal como dirección, número de teléfono, estado civil, cambios en el seguro, etc.

Entiendo y cumpliré con las políticas de la institución.

Entiendo y cumpliré con las reglas de seguridad.

Entiendo que no se permiten las armas en ninguna parte de las instalaciones de Hartford Hospital.

Entiendo que si solicito un horario de tratamiento distinto del horario asignado en mi día de diálisis, es mi responsabilidad ponerme en contacto con la unidad la tarde previa, para conocer la disponibilidad para acomodar el cambio de horario que solicité.

Entiendo que si elijo llegar tarde, mi tratamiento puede verse acortado en esa cantidad de tiempo. Entiendo que tengo un horario asignado para el inicio del tratamiento y un horario asignado para la finalización del tratamiento.

Entiendo que si elijo saltar un día de diálisis asignado, o si solicito tratamiento en un día que no es de diálisis, es posible que el cronograma no pueda acomodar la solicitud.

Entiendo que la institución tiene un horario de funcionamiento y que todos los tratamientos terminan a las 10:00pm (para fístulas) y a las 10:15pm (para catéteres).



DIÁLISIS EN HARTFORD HOSPITAL
ACUERDO ENTRE EL PACIENTE Y LA INSTITUCIÓN PARA TRATAMIENTO DE DIÁLISIS

ACCEDO A RESPETAR LOS DERECHOS DE OTROS PACIENTES Y DE LOS MIEMBROS DEL PERSONAL.

YO:

Los trataré con el mismo respeto que quisiera para mí mismo.

Respetaré los derechos de otros pacientes de tener un tratamiento de diálisis seguro, limpio y adecuado.

Me aseguraré de que mis actividades o las de mis visitantes no interfieran con las operaciones de la institución y respetaré la política de visitas.

Acordaré respetar la ley y comprenderé que las consecuencias por quebrantar la ley se aplican a mi conducta dentro y fuera de la institución.

Usaré el canal de comunicación de la institución para informar mis preocupaciones.

APÉNDICE PARA PACIENTES CON CUIDADO DOMICILIARIO

NOSOTROS, LA INSTITUCIÓN:

Los capacitaremos a usted y a su proveedor de cuidados que designe, para realizar diálisis autoadministrada.

Le brindaremos información de forma que sea confortable para usted.

Le haremos pruebas durante su capacitación, al final de su capacitación y periódicamente de ahí en más para asegurarnos de que puede realizar procedimientos autoadministrados de forma segura y efectiva.

YO, EL PACIENTE:

Me aseguraré de tener un proveedor de cuidado que me pueda ayudar en casa con la diálisis domiciliaria.

Seguiré mi indicación para diálisis en casa según lo ordenaron mis nefrólogos.

Haré y respetaré las citas con mi institución de tratamiento una vez por mes o según los proveedores de cuidado de la institución lo soliciten.

Me haré pruebas de eficacia cada seis meses o más a menudo si lo solicitan, para asegurar que la diálisis es adecuada.

Informaré a la unidad de diálisis sobre cualquier plan de viaje.

He leído y comprendo completamente la información previa.

Firma del paciente

Fecha: _____ Hora: _____

Testigo

Fecha: _____ Hora: _____



DIÁLISIS EN HARTFORD HOSPITAL
ACUERDO ENTRE EL PACIENTE Y LA INSTITUCIÓN PARA TRATAMIENTO DE DIÁLISIS

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Si alguna de las partes siente que la otra no ha respetado este acuerdo, o que ha tenido expectativas poco razonables con respecto a la otra, aquí hay algunos pasos para considerar:

Reunión informal y debate entre las partes.

Revisión del problema y de las pautas contenidas en este acuerdo y el desempeño pasado.

Modificación de este acuerdo

Se puede presentar una queja a la institución o a la oficina de la Red ESRD:

**ESRD NETWORK OF NEW ENGLAND
P.O. BOX 94 84
NEW HAVEN, CT. 06534**

Tel: (203) 387 - 9322