



Peninsula Community Health Services
Centro de respiro
Acuerdo de admisión del paciente

Bienvenidos al centro de respiro médico de Peninsula Community Health Services. Nuestro objetivo es brindarle un lugar seguro y con apoyo para recuperarse de su enfermedad o lesión. Durante su estancia aquí, esperamos ayudarle a mejorar su salud general y a comenzar a trabajar para lograr una mejor calidad de vida.

Su seguridad, junto con la de los demás de los pacientes y la de nuestro personal, es nuestra máxima prioridad. Las expectativas que se describen a continuación tienen como objetivo crear un entorno seguro y reparador para todos los participantes de nuestro programa de respiro médico. El incumplimiento de estas directrices podría resultar en la baja del programa.

Entiendo que el programa de respiro médico tiene como objetivo ayudarme a mejorar mi salud por ofrecerme un espacio para sanar. El personal del centro de respiro médico me brindará apoyo médico y emocional según sea necesario durante mi estancia. La duración de mi estancia dependerá de las evaluaciones continuas de mi equipo de atención. El personal clínico me proporcionará una duración estimada de la estancia, que puede variar según mi progreso y sus evaluaciones. Acepto los siguientes términos y condiciones que se describen a continuación:

Requisitos de admisión

1. Certifico que actualmente me encuentro en situación de calle.
2. Entiendo que el programa de respiro médico está dirigido a personas con problemas médicos y de salud conductual.
3. Entiendo y acepto que mis pertenencias serán inspeccionadas en busca de armas y tratadas contra chinches al momento del ingreso; negarme podría afectar la admisión.
4. Entiendo y acepto que las armas de fuego, cuchillos y otros objetos punzantes y armas encontrados durante la inspección se almacenarán de forma segura y se devolverán al alta o se entregarán a las autoridades.
5. Entiendo que debo firmar una autorización de divulgación de información si recibo terapia de mantenimiento con metadona para coordinar la atención.

Participación en el cuidado diario y el tratamiento

6. Acepto recibir atención diaria del equipo clínico de respiro médico según lo considere apropiado PCHS.
7. Entiendo que debo estar disponible en el centro durante el horario laboral para las reuniones programadas con el personal de respiro médico.
8. Acepto asistir a las citas médicas y seguir mi plan de tratamiento según las indicaciones.
9. Entiendo que los planes de tratamiento son confidenciales y se adaptan a las necesidades individuales.
10. Entiendo que el personal puede requerir que me reúna con el equipo de salud conductual si cree que ayudará con mi tratamiento; la negativa puede resultar en el alta.

Comportamiento y Conducta

11. Respetaré los derechos de los demás pacientes y del personal, incluyendo mantener la higiene personal y abstenerme de cualquier comportamiento disruptivo.
12. Entiendo que no se me permite entrar en las habitaciones de otros pacientes.
13. Entiendo que solo se permite fumar en las zonas designadas de la azotea fuera del horario de atención.
14. Entiendo que está prohibido el contacto físico entre los pacientes.
15. Entiendo que está prohibido el consumo, la posesión y la venta de drogas, incluyendo parafernalia de drogas y alcohol; el incumplimiento de esta norma puede resultar en el alta.
16. Entiendo y acepto que se me puede solicitar una muestra de orina para una prueba de detección de drogas si surge alguna duda.
17. Entiendo que no se me permite participar en ninguna actividad ilegal.
18. Entiendo que no se permite el cambio de moneda en las instalaciones.
19. Entiendo que se permite la comida personal, pero debe almacenarse adecuadamente.
20. Entiendo y acepto que las pertenencias personales se limitan a un solo recipiente; los artículos no reclamados serán desechados.
21. Entiendo que no se permiten bicicletas dentro de las unidades.

Políticas de visitantes y toque de queda

22. Se permiten visitas solo entre las 10:00 a. m. y las 2:00 p. m. de lunes a viernes; no se permiten visitas en las habitaciones de pacientes ni del personal; no se permiten visitas los fines de semana.
23. Los pacientes del Centro de Respiro Médico pueden entrar y salir libremente todos los días antes de las 8:00 p. m.
24. El toque de queda es de 8:00 p. m. a 7:30 a. m. todos los días; la ausencia durante tres (3) días consecutivos puede resultar en el alta.
25. Solicitamos a los pacientes que se abstengan de contactar al 911 o a los servicios de emergencia en situaciones que no sean de emergencia. Si necesita servicios de emergencia, es posible que debamos darle de alta del programa de respiro médico para garantizar que pueda recibir una atención de mayor calidad que satisfaga sus necesidades de emergencia.

Políticas de habitaciones e instalaciones

26. Entiendo y acepto que, si es necesario, se me puede solicitar que cambie de habitación.
27. Entiendo y acepto que mis objetos personales deben permanecer siempre dentro de mi habitación asignada.
28. Entiendo que no se me permite entrar en las habitaciones de otros pacientes.

Políticas de alta

29. Entiendo que la duración máxima de mi estancia en el centro de respiro médico es de treinta (30) días, y que el personal de PCHS determinará la duración de mi estancia.
30. Entiendo que recibiré un aviso de alta con al menos 12 horas de anticipación, excepto en caso de incumplimiento de la política.
31. Entiendo y acepto que se me puede dar de alta inmediatamente por comportamiento inapropiado, violento o agresivo.

El incumplimiento de estos términos puede resultar en la baja del programa y el alta del centro de respiro médico. Si tiene alguna pregunta o inquietud, consulte con un miembro del personal.

He leído y comprendido el acuerdo de admisión de pacientes de respiro médico. Mi firma a continuación indica que estoy de acuerdo con estos términos.

Firma del paciente de respiro médico:

Nombre impreso del paciente de respiro médico

Fecha

Firma del paciente de respiro medico

Personal del programa de respiro médico:

Nombre impreso

Fecha

Firma