

¡Gracias por
elegir a CAN
Community
Health
Pharmacy!

En la Farmacia de CAN
Community Health nos
dedicamos a brindar
atención personalizada al
paciente.

Nuestro equipo de
farmacéuticos cuenta con
amplia experiencia en
diversas disciplinas
farmacéuticas. ¡Siempre
estamos listos para
ayudarlo!

Nos enorgullece brindarle
atención farmacéutica y
esperamos responder a
cualquier pregunta que
tenga sobre
medicamentos
especializados.

Bienvenidos a CAN Community Health Pharmacy

Su solución de farmacia de
por vida



Para: Nuestro valioso paciente

Farmacias de CAN Community Health

Clearwater: 2349 Sunset Point Road, Ste 404

Clearwater, FL 33765 Fax: 727-371-1520

Plantation: 4101 NW 3rd Court Ste 9

Plantation, FL 33317 Fax: 954-541-5957

Jacksonville: 4615 Philips Hwy Ste 3

Jacksonville, FL 32207 Fax: 904-240-1597

Arlington, TX: 603 Matlock Centre Circle

Arlington, TX 76015 Fax: 817-717-2174



Sobre Nosotros

Las Farmacias de CAN Community Health están ubicadas en tres ubicaciones de Florida:

- Jacksonville
- Clearwater
- Plantation

También contamos con una sucursal en
- Arlington, Texas

(Consulte la página 1 para obtener una lista de direcciones)

Nuestro horario de atención habitual es:
Lunes a Jueves: 8:30 a. m. a 5:30 p. m.
Viernes: 8:30 a. m. a 12:30 p. m. (EST)
Cerrado sábados y domingos.

Aquí en CCHP estamos felices de ofrecer una variedad de servicios, que incluyen, entre otros:

- Asesoría sobre reembolsos para minimizar los gastos de bolsillo.
- Entrega confidencial a solicitud, a domicilio o en el consultorio médico.
- Recordatorios para la renovación de medicamentos.
- Manejo de efectos secundarios y apoyo educativo.

Responsabilidad financiera del paciente

CCHP pacientes son responsables de cualquier costo que no cubra el seguro. El pago se realiza al momento del servicio. Nuestro objetivo es reducir su costo al mínimo posible. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques, giros postales y la mayoría de las principales tarjetas de crédito.

Recibir su medicación

Damos la bienvenida a todos nuestros pacientes para que vengan a la farmacia y recojan sus recetas en persona. O bien... ¡puede optar por utilizar nuestro servicio de entrega!

- Los medicamentos se envasan cuidadosamente.
- Los medicamentos se enviarán a la dirección que usted elija: domicilio, trabajo, consultorio médico, casa de un familiar, etc
- Su paquete llegará dentro de 1-2 días hábiles.
- Para los paquetes que requieran firma, se puede proporcionar una hora estimada de llegada.

Recibir medicamentos durante una emergencia

Entendemos que a veces pueden surgir circunstancias inesperadas.

Afortunadamente, contamos con planes para garantizar que nuestros pacientes no se queden sin medicación durante una emergencia.

Emergencia

En caso de que la farmacia deba ser evacuada o no sea accesible debido a una emergencia, se elegirá un sitio diferente donde el personal tendrá la posibilidad de acceder a los archivos de los pacientes y ayudarlos a conseguir sus medicamentos.

Tratamiento o entrega perdida

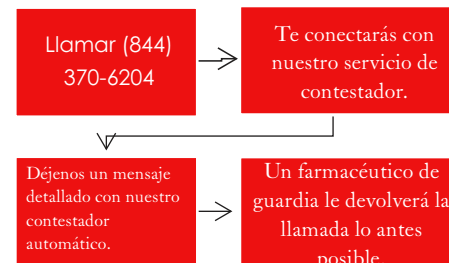
Si alguna vez pierdes una dosis de tratamiento o no recibes una entrega programada:

- Llámanos de inmediato al 1-844-370-6204 para que podamos ayudarte a evitar una interrupción en la terapia.

Si el medicamento se retrasa debido al clima, envío u otras emergencias, podemos:

- Organizar un suministro de emergencia
- Transferir tu receta a una farmacia cercana
- Acelerar el envío
- NO detengas el tratamiento sin consultar con un farmacéutico o tu proveedor. Nuestro equipo te guiará sobre los pasos seguros si se omite una dosis.

Para comunicarse con nuestro personal fuera del horario laboral



¿Pregunta, comentario o queja?

¡Nos gustaría saber de usted! En CCHP, nos esforzamos por brindar siempre un servicio excelente a nuestros pacientes. Por favor, díganos qué piensa. Le garantizamos asistencia rápida con su asunto.

- Notifiquenos por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico.
- Los formularios de queja también están disponibles en nuestro sitio web.
- Comparta su opinión completando encuestas de satisfacción. Se envían aleatoriamente a los pacientes.
- Las encuestas también están disponibles en nuestro sitio web.

Contacta con nosotros

CAN Community Health Pharmacies

Email: Tel. 844-370-6204

-jacksonville@cancommunitypharmacies.org
-clearwater@cancommunitypharmacies.org
-ftlauderdale@cancommunitypharmacies.org
-arlington@cancommunitypharmacies.org

Visitenos en la Web:

<https://www.cancommunitypharmacies.org/>
Envíenos un mensaje de texto a través de nuestra Plataforma Digital Segura de RPh.
Solicite información de inscripción a un miembro del equipo.





Formulario de reconocimiento de paquetes de bienvenida

Confirme que ha recibido el paquete de bienvenida de CCHP firmando a continuación.

Los formularios completados se pueden enviar por correo o fax:

- Clearwater: 2349 Sunset Point Road, Ste 404 Clearwater, FL 33765 / Fax: 727-371-1520
- Plantation: 4101 NW 3rd Court Ste 9 Plantation, FL 33317 / Fax: 954-541-5957
- Jacksonville: 4615 Philips Hwy Ste 3 Jacksonville, FL 32207 / Fax: 904-240-1597
- Arlington, TX: 603 Matlock Centre Circle Arlington, TX 76015 / Fax: 817-717-2174

- ✓ He recibido su Paquete de Bienvenida, que incluye el Horario de Atención y el Alcance de los Servicios prestados, la Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente, el Aviso de Privacidad, la Responsabilidad Financiera del Paciente, la Educación para la Preparación para Emergencias y el formulario de Consentimiento Informado. Lo he leído detenidamente y lo comprendo perfectamente; por lo tanto, lo he firmado y se lo he enviado de vuelta según lo solicitado.
- ✓ He optado por usar y autorizar el consentimiento para que CCHP surta mis recetas y me las entregue* cuando sea necesario por seguridad y/o conveniencia y acepto firmar y devolver cualquier Registro de Entrega de Farmacia adjunto, ya que CCHP debe obtener una firma verificada de recibo para cada receta surtida.

☐ Solo marque esta casilla si NO desea que le entreguen su(s) medicamento(s) y los recogerá en su lugar.

Nombre impreso _____

Firma _____ Fecha _____

PROPORCIONE INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre _____

Teléfono # _____ Inicio/Suplente # _____

Relación con el paciente _____

Gracias por elegir CAN Community Health Pharmacy -- ¡Su solución de farmacia de por vida!



Ubicacion: CAN Community Health Pharmacy Jacksonville	Ubicacion: CAN Community Health Pharmacy Clearwater	Ubicacion: CAN Community Health Pharmacy Ft. Lauderdale	Ubicacion: CAN Community Health Pharmacy Arlington
Correo Electrónico: jacksonville@cancommunitypharmacies.org	Correo Electrónico: clearwater@cancommunitypharmacies.org	Correo Electrónico: fortlauderdale@cancommunitypharmacies.org	Correo Electrónico: arlington@cancommunitypharmacies.org
Fax: 904-240-1597	Fax: 727-371-1520	Fax: 954-541-5957	Fax: 817-717-2174

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A INDIVIDUOS/FAMILIARES

Nombre de Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

De acuerdo con las reglas de privacidad del Gobierno Federal implementadas a través de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA), para que nuestros farmacéuticos o personal puedan hablar sobre sus condiciones y/o medicamentos con los miembros de su familia u otras personas que usted designe, debemos obtener su autorización firmada.

Autorizo a CAN COMMUNITY HEALTH PHARMACY a divulgar verbalmente cualquier o toda la información relacionada con mi atención médica/de prescripción a las siguientes personas:

Apellido	Nombre	Relación	Teléfono #
1.			
2.			
3.			

_____ **No autorizo a CAN Community Health Pharmacy a divulgar mi información con ninguna persona.**

Entiendo que puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento escribiendo a CAN Community Health Pharmacy. Esta autorización estará vigente hasta que la cancele por escrito.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO DEL CLIENTE

CAN Community Health Pharmacy acepta la mayoría de las principales tarjetas de crédito para el pago. Por favor, rellene este formulario para pagar los copagos y/u otras tarifas con una tarjeta de crédito. CCHP se comunicará con usted si hay un copago u otro cargo.

Ingrese la información del paciente por la que se realizará este pago a continuación:

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección de facturación _____

Teléfono# _____ Correo electrónico _____

☐

Optar por no participar en la autorización de tarjeta de crédito, llame para obtener información de pago

Tipo de cuenta:

(Seleccione todas las que correspondan)

☐ Visa ☐ MasterCard ☐ AMEX ☐ Discover

☐ FSA/HSA ☐ **Llame para obtener autorización si el cargo**

Nombre del titular de la tarjeta _____

Número de tarjeta _____

Fecha de expiración _____

CVV Numero _____ Código postal _____

(Número de 3 dígitos en el reverso de Visa/MC, o número de 4 dígitos en

FIRMA _____ **FECHA** _____

Autorizo a la empresa mencionada anteriormente a cargar la tarjeta de crédito indicada en este formulario de autorización de acuerdo con los términos descritos anteriormente. Certifico que soy un usuario autorizado de esta tarjeta de crédito y que no disputaré el pago con la compañía de mi tarjeta de crédito; siempre y cuando la transacción corresponda a los términos indicados en este formulario.

DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Los pacientes tienen derecho a:

1. Estar completamente informado verbalmente y/o por escrito con anticipación sobre los servicios/atención que se proporcionarán.
2. Siempre que se le cobre antes del tratamiento o de recibir el medicamento.
3. Ser tratado con dignidad, cortesía y respeto como un individuo único, sin discriminación.
4. Ser capaz de identificar a los empleados de la empresa a través de su nombre y cargo (placa de identificación, cargo) y hablar con un farmacéutico si se le solicita.
5. Elija un proveedor de atención médica y farmacia.
6. Recibir información sobre el alcance de la atención/servicios que proporciona CCHP, así como cualquier limitación a las capacidades de atención/servicio de la empresa.
7. Recibir, previa solicitud, información de práctica basada en la evidencia para la toma de decisiones clínicas (prospecto del fabricante, pautas de práctica publicadas, revistas revisadas por pares, etc.), incluido el nivel de evidencia o consenso que describe el proceso de intervención en casos en los que no hay investigación basada en evidencia, evidencia contradictoria o ningún nivel de evidencia.
8. Recibir antes de que se presten los servicios, explicaciones verbales o escritas completas de los pagos esperados de Medicare o de cualquier otro tercero pagador, los cargos de los que usted pueda ser responsable y una explicación de todos los formularios que se le solicite firmar.
9. Recibir medicamentos y servicios de calidad que cumplan o superen los estándares profesionales y de la industria, independientemente de la raza, religión, creencia política, sexo, estatus social o económico, edad, proceso de enfermedad, estado de DNR o discapacidad de acuerdo con las órdenes médicas.
10. Recibir medicamentos y servicios de personal calificado y recibir instrucciones y educación sobre el manejo y la toma de medicamentos de manera segura.
11. Recibir información sobre el estado de su pedido. Los pacientes o cuidadores pueden llamar al (813) 871-5161 y hablar con un empleado de la farmacia de CCHP.
12. Reciba una pronta respuesta a todas las consultas.
13. Ser informado de los derechos y responsabilidades durante todo el proceso de tratamiento.
14. Confidencialidad y privacidad de toda la información contenida en sus registros y de la Información de Salud Protegida (salvo que se disponga lo contrario por ley o contratos de terceros pagadores).
15. Si lo desea, a ser referido a otros proveedores de atención médica dentro de un sistema de atención médica externo (por ejemplo, dietista, servicios de salud mental, etc.). Los pacientes también pueden ser remitidos a su propio médico para su seguimiento.
16. Recibir información sobre cuándo y a quién se divulgó su información médica personal, según lo permitido por la ley aplicable y según lo especificado en las políticas y procedimientos de la compañía.
17. Expresar insatisfacción/inquietudes/quejas por falta de respeto, trato o servicio, y sugerir cambios en la política, el personal o los servicios sin discriminación, restricción, represalia, coerción o interrupción irrazonable de los servicios. Los pacientes o cuidadores pueden llamar al (813) 871-5161 y pedir hablar con un farmacéutico, supervisor o director de farmacia.
18. Hacer que las inquietudes/quejas/insatisfacción sobre los servicios sean investigadas adecuadamente.
19. Se le ofrecerá asistencia con cualquier programa interno elegible que ayude con los servicios de manejo de pacientes, programas de copago del fabricante y asistencia al paciente, programas de planes de salud (programas para dejar de fumar, manejo de enfermedades, prevención del suicidio/programas de salud conductual).
20. Tenga en cuenta el número de farmacia, (813) 871-5161 para fuera del horario de atención, así como el horario comercial normal de lunes a jueves de 8 a.m. a 5:30 p.m., viernes de 8 a.m. a 12:30 p.m., sábados / domingos cerrados (EST).
21. Ser informado de cualquier cambio en el plan de servicio antes de que se realice el cambio.
22. Participar en el desarrollo y la revisión periódica del plan de atención/servicio.
23. Recibir información de una manera, formato y/o idioma que usted entienda.
24. Tener miembros de la familia, según corresponda y según lo permita la ley, con su permiso o el permiso de su sustituto para tomar decisiones, en las decisiones de atención, tratamiento y/o servicio.
25. Estar plenamente informado de sus responsabilidades.
26. Ser inscrito automáticamente en el Programa de Manejo de Pacientes de CCHP como paciente de CCHP sin costo adicional. Tiene derecho a optar por no participar, rechazar la participación, revocar el consentimiento o cancelar la inscripción en cualquier servicio de CCHP en cualquier momento. Para obtener más información sobre el Programa de Manejo de Pacientes, llame a CCHP y pregunte por un farmacéutico clínico.
27. Conocer la filosofía y las características del Programa de Manejo de Pacientes, hacer que la información de salud personal se comparta con el programa de manejo de pacientes solo de acuerdo con las leyes estatales y federales, hablar con un profesional de la salud, recibir información sobre el programa de manejo de pacientes y recibir información administrativa sobre cambios en (o terminación de) el programa de manejo de pacientes.
28. A estar libre de maltrato, negligencia o abuso verbal, mental, sexual y físico, incluidas las lesiones de origen desconocido y la apropiación indebida de la propiedad del cliente/paciente.
29. El paciente tiene derecho a expresar quejas, hacer sugerencias a la organización y presentar quejas ante la Junta de Farmacias de Florida Teléfono: (850) 245-4339
Dirección postal: Servicios al Consumidor, 4052 Bald Cypress Way, Bin C75, Tallahassee, Florida 32399-3275. Para obtener información sobre cómo presentar una queja o reclamo ante otra junta estatal de farmacia, vaya a <https://nabp.pharmacy/about/boards-of-pharmacy> para encontrar la información de contacto de su estado. También puede presentar quejas y reclamos ante la Comisión de Acreditación de Health Care, Inc. "ACHC" al 855-937-2242.

Los pacientes tienen la responsabilidad de:

1. Cumplir con el plan de tratamiento o servicio establecido por su médico y notificarle de su participación en el Programa de Manejo de Pacientes de CCHP.
2. Notifique a CCHP si está hospitalizado.
3. Informe a su médico que usted es paciente de CCHP y que está inscrito en nuestro Programa de Manejo de Pacientes.
4. Participar en el desarrollo de un plan eficaz de atención/tratamiento/servicios. Los farmacéuticos discutirán con usted cualquier inquietud o pregunta que tenga con respecto a su medicamento. Los temas discutidos incluyen la descripción general de la enfermedad, la medicación, la dosis, cuándo tomar la medicación, las interacciones, los efectos secundarios y cualquier otra cosa apropiada para sus necesidades específicas.
5. Proporcionar, a su leal saber y entender, información médica y personal precisa y completa necesaria para planificar y proporcionar atención/servicios.
6. Haga preguntas sobre su atención, tratamiento y/o servicios.
7. Haber aclarado las instrucciones proporcionadas por los representantes de la empresa.
8. Comunicar cualquier información, inquietudes y/o preguntas relacionadas con los riesgos percibidos en sus servicios y cambios inesperados en su condición.
9. Estar disponible para recibir entregas de medicamentos y coordinar con CCHP durante los momentos en que no estará disponible.
10. Tratar al personal de la farmacia con respeto y dignidad sin discriminación por motivos de color, religión, sexo u origen nacional o étnico.
11. Proporcionar un entorno seguro para que los representantes de la organización presten servicios.
12. Use los medicamentos de acuerdo con las instrucciones proporcionadas, para el propósito para el que se recetaron, y solo para / sobre la persona a la que se recetaron.
13. Comuniqué cualquier inquietud sobre la capacidad de seguir las instrucciones proporcionadas.
14. Liquidar de inmediato los saldos impagos, excepto cuando sea contrario a la ley federal o estatal.
15. Notifique a la farmacia sobre el cambio en la receta o la cobertura del seguro.
16. Notificar inmediatamente a la farmacia de los cambios de dirección o teléfono, temporales o permanentes.
17. Como parte del Programa de Manejo de Pacientes, usted tiene la responsabilidad de enviar los formularios que son necesarios para participar en el programa, en la medida en que lo exija la ley, y proporcionar información clínica y de contacto precisa y notificar al programa de manejo de pacientes de los cambios en esta información.

A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO, todos los materiales de estas páginas son creados por CAN Community Health Pharmacies. Todos los derechos reservados. Ninguna parte de estas páginas, ya sea texto o imagen, puede ser utilizada para ningún otro propósito que no sea el uso personal. Por lo tanto, la reproducción, modificación, almacenamiento en un sistema de recuperación o retransmisión, en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico o de otro tipo, por razones que no sean el uso personal, está estrictamente prohibida sin el permiso previo por escrito.



**Su información.
Su derechos.
Nuestras responsabilidades.**

Esta notificación describe cómo puede utilizarse.
y divulgarse su información médica, y cómo
puede tener acceso a esta información.
Revísela con cuidado.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtenga una copia electrónica o en papel de su historial médico

- Puede pedir que le muestren o le entreguen una copia de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su historial médico generalmente dentro de 30 días. Podemos cobrar un cargo razonable basado en el costo.

Solicitar que corrijamos el historial médico

- Puedes preguntarnos que corrijamos su historial médico si piensa que están incorrectos o incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decirle “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede preguntarnos que no comuniquemos con usted de un manera específica (por ejemplo, por teléfono del hogar o de la oficina) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Diremos que “sí” a todas las solicitudes razonables.

Pídanos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decirle “no” si esto afectaría su atención.
- Si usted paga por los servicios de salud o médicos, puede pedirnos que no compartamos la información de pagos con su seguro médico.
- Diremos que si a menos que un ley nos obligue a compartir.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha en que pregunta, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto las relacionadas con el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya pedido que hagamos). Le daremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro antes de los 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el aviso en forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel inmediatamente.

Elige a alguien para que actúe por ti

- Si le ha dado a alguien un poder médico o si alguien es su representante legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presente un queja si siente que sus derechos son violados

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información en la última página.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

Para cierta información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.

Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos que quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartir información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluir su información en el directorio de un hospital.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de comercialización
- Venta de su información
- La mayor parte del intercambio de notas de psicoterapia.

En el caso de recaudar fondos:

- Podemos comunicarnos con usted para esfuerzos de recaudar fondos, pero puede decirnos que no lo contactemos de nuevo.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica?

Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica en las siguientes maneras.

Administrador el tratamiento de atención médica que usted recibe

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico que lo trata por una herida le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y compartir su información para dirigir nuestra organización, mejorar su atención médica y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Usamos su información médica para administrar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios

- Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir pago de planes médicos u otras entidades.

Ejemplo: Compartimos su información con su plan de seguro para coordinar el pago por sus servicios.

continúa en la próxima página

Nuestros usos y divulgaciones

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?

Se nos permite o requiere compartir su información de otras maneras, por lo general, de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos propósitos. Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud y seguridad pública

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
 - Prevención de enfermedades
 - Ayuda con el retiro de productos del mercado
 - Informe de reacciones adversas a los medicamentos
 - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Prevenir o reducir una amenaza grave hacia la salud o seguridad de cualquier persona

Hacer investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación médicas.

Cumplir con la ley

- Podemos utilizar o compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartirla información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quieren comprobar que estamos cumpliendo con la ley de privacidad federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

Trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir información médica con un
 - oficial de investigación forense, médico forense
 - director funerario cuando un individuo fallece. ○

**Tratar la
compensación de
trabajadores, el
cumplimiento de la
ley y otras
solicitudes
gubernamentales**

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - Para reclamos de compensación de trabajadores
 - A los fines de cumplir con la ley o con un oficial de la ley
 - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones especiales del gobierno, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares

**Responder a
pleitos y acciones
legales**

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la descrita aquí, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html disponible en español.

Cambios a los términos de este aviso

Podemos modificar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible según se solicite, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.

Este aviso aplica a todas las clínicas de CAN Community Health, Inc.



CAN COMMUNITY HEALTH, INC.
CANCOMMUNITYHEALTH.ORG
PATRICK FORAND, MPH, CHPC
SENIOR DIRECTOR OF COMPLIANCE
RISKMANAGEMENT@CANCOMMUNITYHEALTH.ORG
(844) 922-2777

Al firmar a continuación, doy fe de que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y la Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente de la Farmacia de CAN Community Health

Firma: _____

Imprimir nombre: _____

Fecha de firma: _____

DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Los pacientes tienen derecho a:

1. Estar completamente informado verbalmente y/o por escrito con anticipación sobre los servicios/atención que se proporcionarán.
2. Siempre que se le cobre antes del tratamiento o de recibir el medicamento.
3. Ser tratado con dignidad, cortesía y respeto como un individuo único, sin discriminación.
4. Ser capaz de identificar a los empleados de la empresa a través de su nombre y cargo (placa de identificación, cargo) y hablar con un farmacéutico si se le solicita.
5. Elija un proveedor de atención médica y farmacia.
6. Recibir información sobre el alcance de la atención/servicios que proporciona CCHP, así como cualquier limitación a las capacidades de atención/servicio de la empresa.
7. Recibir, previa solicitud, información de práctica basada en la evidencia para la toma de decisiones clínicas (prospecto del fabricante, pautas de práctica publicadas, revistas revisadas por pares, etc.), incluido el nivel de evidencia o consenso que describe el proceso de intervención en casos en los que no hay investigación basada en evidencia, evidencia contradictoria o ningún nivel de evidencia.
8. Recibir antes de que se presten los servicios, explicaciones verbales o escritas completas de los pagos esperados de Medicare o de cualquier otro tercero pagador, los cargos de los que usted pueda ser responsable y una explicación de todos los formularios que se le solicite firmar.
9. Recibir medicamentos y servicios de calidad que cumplan o superen los estándares profesionales y de la industria, independientemente de la raza, religión, creencia política, sexo, estatus social o económico, edad, proceso de enfermedad, estado de DNR o discapacidad de acuerdo con las órdenes médicas.
10. Recibir medicamentos y servicios de personal calificado y recibir instrucciones y educación sobre el manejo y la toma de medicamentos de manera segura.
11. Recibir información sobre el estado de su pedido. Los pacientes o cuidadores pueden llamar al (813) 871-5161 y hablar con un empleado de la farmacia de CCHP.
12. Reciba una pronta respuesta a todas las consultas.
13. Ser informado de los derechos y responsabilidades durante todo el proceso de tratamiento.
14. Confidencialidad y privacidad de toda la información contenida en sus registros y de la Información de Salud Protegida (salvo que se disponga lo contrario por ley o contratos de terceros pagadores).
15. Si lo desea, a ser referido a otros proveedores de atención médica dentro de un sistema de atención médica externo (por ejemplo, dietista, servicios de salud mental, etc.). Los pacientes también pueden ser remitidos a su propio médico para su seguimiento.
16. Recibir información sobre cuándo y a quién se divulgó su información médica personal, según lo permitido por la ley aplicable y según lo especificado en las políticas y procedimientos de la compañía.
17. Expresar insatisfacción/inquietudes/quejas por falta de respeto, trato o servicio, y sugerir cambios en la política, el personal o los servicios sin discriminación, restricción, represalia, coerción o interrupción irrazonable de los servicios. Los pacientes o cuidadores pueden llamar al (813) 871-5161 y pedir hablar con un farmacéutico, supervisor o director de farmacia.
18. Hacer que las inquietudes/quejas/insatisfacción sobre los servicios sean investigadas adecuadamente.
19. Se le ofrecerá asistencia con cualquier programa interno elegible que ayude con los servicios de manejo de pacientes, programas de copago del fabricante y asistencia al paciente, programas de planes de salud (programas para dejar de fumar, manejo de enfermedades, prevención del suicidio/programas de salud conductual).
20. Tenga en cuenta el número de farmacia, (813) 871-5161 para fuera del horario de atención, así como el horario comercial normal de lunes a jueves de 8 a.m. a 5:30 p.m., viernes de 8 a.m. a 12:30 p.m., sábados / domingos cerrados (EST).
21. Ser informado de cualquier cambio en el plan de servicio antes de que se realice el cambio.
22. Participar en el desarrollo y la revisión periódica del plan de atención/servicio.
23. Recibir información de una manera, formato y/o idioma que usted entienda.
24. Tener miembros de la familia, según corresponda y según lo permita la ley, con su permiso o el permiso de su sustituto para tomar decisiones, en las decisiones de atención, tratamiento y/o servicio.
25. Estar plenamente informado de sus responsabilidades.
26. Ser inscrito automáticamente en el Programa de Manejo de Pacientes de CCHP como paciente de CCHP sin costo adicional. Tiene derecho a optar por no participar, rechazar la participación, revocar el consentimiento o cancelar la inscripción en cualquier servicio de CCHP en cualquier momento. Para obtener más información sobre el Programa de Manejo de Pacientes, llame a CCHP y pregunte por un farmacéutico clínico.
27. Conocer la filosofía y las características del Programa de Manejo de Pacientes, hacer que la información de salud personal se comparta con el programa de manejo de pacientes solo de acuerdo con las leyes estatales y federales, hablar con un profesional de la salud, recibir información sobre el programa de manejo de pacientes y recibir información administrativa sobre cambios en (o terminación de) el programa de manejo de pacientes.
28. A estar libre de maltrato, negligencia o abuso verbal, mental, sexual y físico, incluidas las lesiones de origen desconocido y la apropiación indebida de la propiedad del cliente/paciente.
29. El paciente tiene derecho a expresar quejas, hacer sugerencias a la organización y presentar quejas ante la Junta de Farmacias de Florida Teléfono: (850) 245-4339
Dirección postal: Servicios al Consumidor, 4052 Bald Cypress Way, Bin C75, Tallahassee, Florida 32399-3275. Para obtener información sobre cómo presentar una queja o reclamo ante otra junta estatal de farmacia, vaya a <https://nabp.pharmacy/about/boards-of-pharmacy> para encontrar la información de contacto de su estado. También puede presentar quejas y reclamos ante la Comisión de Acreditación de Health Care, Inc. "ACHC" al 855-937-2242.

Los pacientes tienen la responsabilidad de:

1. Cumplir con el plan de tratamiento o servicio establecido por su médico y notificarle de su participación en el Programa de Manejo de Pacientes de CCHP.
2. Notifique a CCHP si está hospitalizado.
3. Informe a su médico que usted es paciente de CCHP y que está inscrito en nuestro Programa de Manejo de Pacientes.
4. Participar en el desarrollo de un plan eficaz de atención/tratamiento/servicios. Los farmacéuticos discutirán con usted cualquier inquietud o pregunta que tenga con respecto a su medicamento. Los temas discutidos incluyen la descripción general de la enfermedad, la medicación, la dosis, cuándo tomar la medicación, las interacciones, los efectos secundarios y cualquier otra cosa apropiada para sus necesidades específicas.
5. Proporcionar, a su leal saber y entender, información médica y personal precisa y completa necesaria para planificar y proporcionar atención/servicios.
6. Haga preguntas sobre su atención, tratamiento y/o servicios.
7. Haber aclarado las instrucciones proporcionadas por los representantes de la empresa.
8. Comunicar cualquier información, inquietudes y/o preguntas relacionadas con los riesgos percibidos en sus servicios y cambios inesperados en su condición.
9. Estar disponible para recibir entregas de medicamentos y coordinar con CCHP durante los momentos en que no estará disponible.
10. Tratar al personal de la farmacia con respeto y dignidad sin discriminación por motivos de color, religión, sexo u origen nacional o étnico.
11. Proporcionar un entorno seguro para que los representantes de la organización presten servicios.
12. Use los medicamentos de acuerdo con las instrucciones proporcionadas, para el propósito para el que se recetaron, y solo para / sobre la persona a la que se recetaron.
13. Comuniqué cualquier inquietud sobre la capacidad de seguir las instrucciones proporcionadas.
14. Liquidar de inmediato los saldos impagos, excepto cuando sea contrario a la ley federal o estatal.
15. Notifique a la farmacia sobre el cambio en la receta o la cobertura del seguro.
16. Notificar inmediatamente a la farmacia de los cambios de dirección o teléfono, temporales o permanentes.
17. Como parte del Programa de Manejo de Pacientes, usted tiene la responsabilidad de enviar los formularios que son necesarios para participar en el programa, en la medida en que lo exija la ley, y proporcionar información clínica y de contacto precisa y notificar al programa de manejo de pacientes de los cambios en esta información.

A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO, todos los materiales de estas páginas son creados por CAN Community Health Pharmacies. Todos los derechos reservados. Ninguna parte de estas páginas, ya sea texto o imagen, puede ser utilizada para ningún otro propósito que no sea el uso personal. Por lo tanto, la reproducción, modificación, almacenamiento en un sistema de recuperación o retransmisión, en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico o de otro tipo, por razones que no sean el uso personal, está estrictamente prohibida sin el permiso previo por escrito.

Al firmar a continuación, doy fe de que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y la Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente de la Farmacia de CAN Community Health

Firma: _____

Imprimir nombre: _____

Fecha de firma: _____



FORMULARIO DE QUEJAS/INQUIETUDES DEL PACIENTE

En CCHP nos esforzamos por garantizar un servicio excelente que se ajuste a nuestros valores. Tiene derecho a expresar sus inquietudes o quejas sobre el servicio en cualquier momento. Si no está satisfecho con nuestro servicio, tiene inquietudes sobre la seguridad o la calidad de la atención, le rogamos que se comunique con nuestro equipo directivo.

Cómo presentar una queja:

- Puede completar este formulario y enviarlo por correo electrónico a forms@cancommunitypharmacies.org.
- Llame gratis al 844-370-6204 para hablar con un farmacéutico o con un supervisor.
- Visite nuestro sitio web: <https://www.cancommunitypharmacies.org> para enviar sus inquietudes.

Envíelo a:

- Florida Board of Pharmacy
 - Teléfono: (850) 245-4339 Dirección postal: Servicios al Consumidor, 4052 Bald Cypress Way, Bin C75, Tallahassee, Florida 32399-3275.
- Georgia Board of Pharmacy
 - Teléfono: (404) 651-8000 Dirección: 2 M.L.K. Jr Dr SE, Atlanta, GA 30334
- Texas Board of Pharmacy
 - Teléfono: (512)305-8000 Dirección: 333 Guadalupe St #3, Austin, TX 78701

• Para obtener información sobre cómo presentar una queja o reclamo ante la junta de farmacia de otro estado, visite <https://nabp.pharmacy/about/boards-of-pharmacy> para encontrar la información de contacto de su estado.

• Presente sus quejas y reclamos ante la Comisión de Acreditación para el Cuidado de la Salud, Inc. (ACHC) al 855-937-2242.

CCHP se pondrá en contacto con usted en un plazo de 3 días naturales tras recibir su inquietud. Recibirá una respuesta telefónica o por escrito de nuestra gerencia.

Gracias de antemano por informarnos sobre su inquietud. Seguiremos aprendiendo de nuestros pacientes y trabajando para mejorar la calidad de nuestros servicios.

Nombre: _____

Fecha Nacimiento: _____

Descripción del problema/inquietud/queja (incluya fechas, horas y nombres, si es posible):

Completado por (Firma): _____

Fecha: _____

Relación con la paciente (si corresponde): _____

Nombre del afiliado: _____(opcional)

Medicamento y número de receta: _____(opcional)

Cobertura de medicamentos de Medicare y sus derechos

Tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura a su plan de medicamentos de Medicare para que le proporcionen o paguen un medicamento que usted cree que debe cubrirse, proporcionarse o continuarse. También tiene derecho a solicitar un tipo especial de determinación de cobertura llamada **“excepción”** si usted:

- Necesita un medicamento que no figura en la lista de medicamentos cubiertos de su plan.
- Considera que una norma de cobertura (como una autorización previa o un límite de cantidad) no debería aplicarse en su caso por razones médicas.
- Necesita tomar un medicamento no preferido y desea que el plan cubra el medicamento al precio de uno preferido.

Cómo solicitar una determinación de cobertura

Para solicitar una determinación de cobertura, usted o su médico pueden llamar al número de teléfono gratuito de su plan de medicamentos de Medicare que se indica en el reverso de su tarjeta de miembro del plan, o ir a la página web de su plan. Puede solicitar una decisión acelerada (en 24 horas) si su salud puede verse gravemente perjudicada por la espera de hasta 72 horas.

Esté preparado para informar a su plan de medicamentos de Medicare:

- El nombre del medicamento recetado, incluida la dosis y la potencia (si se conocen)
- El nombre de la farmacia en la que intentó surtir la receta
- La fecha en que intentó surtir la receta
- Si solicita una excepción, el médico deberá explicar por qué necesita un medicamento fuera del formulario o no preferido, o por qué no se le debe aplicar una norma de cobertura.

Su plan de medicamentos de Medicare le enviará una decisión por escrito. Si no se aprueba la cobertura y usted no está de acuerdo con esta decisión, tiene derecho a apelar. El aviso del plan le explicará por qué le denegaron la cobertura y cómo solicitar una apelación.

Obtenga ayuda y más información

Consulte los materiales de su plan o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información sobre cómo solicitar una determinación de cobertura. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda para comunicarse con su plan, llame al 1-800-MEDICARE.

Para obtener este formulario en un formato accesible (como letra grande, Braille o audio) comuníquese con su plan de medicamentos de Medicare. También tiene derecho a presentar una queja si considera que se le ha discriminado. Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). Se trata de una encuesta nacional que se realizará entre consumidores que actualmente tienen seguro médico a través del Mercado de Seguros Médicos o que no tienen seguro, y entre personas que actualmente tienen Medicare. La encuesta está diseñada para examinar la confianza en la toma de decisiones de atención médica, la confianza en la capacidad de comprender conceptos clave de los seguros médicos, el conocimiento de los seguros médicos y la toma de decisiones sobre los seguros médicos específicamente en relación con el Mercado de Seguros Médicos y Medicare. Las respuestas de las secciones de confianza y conocimiento de los seguros médicos se utilizarán para darnos una idea de cómo la educación sobre los seguros médicos afecta las decisiones sobre estos. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0975. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información voluntaria y no confidencial es de aproximadamente 1 minuto en promedio por encuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Un desastre puede ocurrir en cualquier momento y sin previo aviso. Al prepararte con anticipación, puedes asegurarte de tener los medicamentos que necesitas y tener una preocupación menos en caso de una emergencia.

Algunos Consejos Simples

- No espere a que se le acaben los medicamentos para pedir más. Asegúrese de tener suficientes suministros a mano. Si un desastre le obliga a abandonar su hogar, deberá llevar consigo medicamentos y suministros para al menos tres días, y más si las autoridades locales así lo aconsejan.
- Mantenga todos sus medicamentos juntos para que pueda tomarlos rápidamente y llevarlos consigo si necesita evacuar.
- Haga una lista de sus medicamentos y guárdela en su billetera, junto con su tarjeta de identificación de medicamentos recetados. Este folleto incluye una práctica tarjeta de información sobre medicamentos que puede usar para registrar dicha información y otros datos importantes que pueda necesitar para obtener sus medicamentos.
- Considere discutir su plan de desastre de medicamentos con su médico, especialmente si el medicamento que toma tiene requisitos de envío especiales o requiere equipo electrónico (como un nebulizador) para su administración.
- Si tiene un hijo que toma medicamentos recetados regularmente, es una buena idea hablar con la guardería o la escuela de su hijo sobre su plan para abordar la medicación y las necesidades de medicación de su hijo en caso de emergencia.

Información Adicional

Para obtener más información, visite los siguientes sitios web:

American Red Cross
www.redcross.org

Florida Division of Emergency Management
www.floridadisaster.org

Federal Emergency Management Agency www.fema.gov

Mi Doctor:

Nombre: _____

Numero de telefono: _____

Mi farmacia minorista participante:

Nombre: _____

Numero de telefono: _____

Mi oficina de correos local

Direcion: _____

Numero de telefono: _____

CAN Community Health Pharmacies
Toll-Free 1-844-370-6204



Creación de un plan de desastre de medicamentos



**Consejos sencillos
para planificar con
antelación**

Cómo ayuda CCHP

Si se encuentra sin sus medicamentos recetados durante un desastre, podemos ayudarlo a conseguirlos lo antes posible.

Llame a las Farmacias de Salud Comunitaria CAN de inmediato al 844-370-6204

Entrega

Durante una emergencia, incluyendo desastres naturales, asegúrese de mantenernos informados sobre cualquier cambio en su ubicación para que podamos coordinar el envío de sus medicamentos a una dirección alternativa. Recuerde planificar con anticipación, ya que estas situaciones pueden causar retrasos en los envíos y entregas.

Recoger Receta

Sus medicamentos también pueden estar disponibles para recogerlos en nuestra tienda minorista.

Durante una emergencia o un desastre natural, si el envío y la entrega no están disponibles y usted no puede recoger sus medicamentos, siempre podemos transferir su(s) receta(s) a una farmacia más cercana a usted para su conveniencia.

Llamar nos:
CAN Community Health Pharmacies
Email: Tel. 844-370-6204
-jacksonville@cancommunitypharmacies.org
clearwater@cancommunitypharmacies.org
ftlauderdale@cancommunitypharmacies.org
arlington@cancommunitypharmacies.org
Visit us on the Web:
<https://www.cancommunitypharmacies.org/>

Tarjeta de información de medicamentos

Complete la tarjeta a continuación y guárdela junto con su tarjeta de identificación de medicamentos recetados. Así, tendrá la información necesaria para obtener sus medicamentos en caso de emergencia.

Si otros miembros de su hogar toman medicamentos regularmente, haga copias de la tarjeta para usarla también para su información.

Planificar con anticipación sus medicamentos significa una cosa menos de la que preocuparse en caso de emergencia.



Medicina que tomo

Enumere el nombre del medicamento, la potencia (por ejemplo, 500 mg), la forma de dosificación (tableta, cápsula o líquido) y las instrucciones de uso de cada medicamento que toma.

Droga: _____

Miligramos: _____

Forma de dosificación: _____

Instrucciones: _____

Consideraciones especiales

Al desarrollar un plan de emergencia, estará un paso por delante en caso de desastre. Aquí hay algunas otras cosas que puede preparar con antelación:

Cuando los medicamentos requieren refrigeración

Tenga a mano una hielera que pueda llenar con hielo para mantener sus medicamentos a la temperatura adecuada si necesita estar fuera de su casa.

Cuando la medicación requiere equipos electrónicos para su administración

Prepárate para actuar. Si se va la luz, deberá llevar medicamentos y suministros para al menos tres días (más si las autoridades locales lo recomiendan) al hospital o albergue más cercano.

Cuando tengas que abandonar tu casa por unos días

Prepare un botiquín de emergencia con todos los medicamentos sin receta que pueda necesitar (por ejemplo, aspirina u otros analgésicos, medicamentos para el resfriado y antiácidos). También puede guardar una copia de su tarjeta de información sobre medicamentos en este botiquín.

La ayuda está disponible en cualquier momento, de día o de noche.

**¡Simplemente llame al
1-844-370-6204!**

Necesito deshacerme de este medicamento.

Opciones de Eliminación de Medicamentos

¿Tiene un medicamento del que quiera deshacerse?

¿Tiene una opción de devolución de medicamentos fácilmente disponible?

Consulte el sitio web de la DEA, además de su farmacia y estación de policía local para conocer cuáles son las opciones posibles.

NO

SÍ

¿Está en la lista de la FDA para tirar al inodoro?



NO

Siga las instrucciones de la FDA para desechar medicamentos en la basura del hogar.

SÍ

Inmediatamente tire el medicamento en el inodoro. Tache toda la información personal del frasco y recíclelo/tírelo.



Lleve el medicamento a un sitio de devolución de medicamentos.

¡Hágalo rápidamente para los medicamentos de la lista de la FDA para tirar al inodoro!

Preguntas frecuentes sobre la seguridad del paciente de CAN Community Health Pharmacy

Lavarse las manos

Usted puede ayudarse a sí mismo y a sus seres queridos a mantenerse saludables lavándose las manos con frecuencia, especialmente durante estos momentos clave en los que es probable que contraiga y propague gérmenes:

- Antes, durante y después de preparar los alimentos.
- Antes de ingerir alimentos.
- Antes y después de cuidar a alguien en casa que está enfermo con vómitos o diarrea.
- Antes y después de tratar un corte o herida.
- Después de ir al baño.
- Después de cambiar pañales o limpiar a un niño que ha ido al baño.
- Después de sonarse la nariz, toser o estornudar.
- Después de tocar un animal, alimento para animales o desechos de animales.
- Después de manipular alimentos o golosinas para mascotas.
- Después de tocar la basura.

Siga cinco pasos para lavarse las manos de la manera correcta

Lavarse las manos es fácil y es una de las formas más efectivas de prevenir la propagación de gérmenes. Las manos limpias pueden evitar que los gérmenes se propaguen de una persona a otra y a través de toda una comunidad, desde su hogar y lugar de trabajo hasta las guarderías y hospitales.

Siga estos cinco pasos cada vez:

- 1. Mójese** las manos con agua corriente limpia (tibia o fría), cierre el grifo y aplique jabón.
- 2. Enjabona** tus manos frotándolas con el jabón. Enjabona el dorso de las manos, entre los dedos y debajo de las uñas.
- 3. Frótese** las manos durante al menos 20 segundos. ¿Necesitas un temporizador? Tararea la canción de "Feliz cumpleaños" de principio a fin dos veces.
- 4. Enjuáguese** bien las manos con agua corriente limpia.
- 5. Séquese** las manos con una toalla limpia o séquelas al aire.

Use desinfectante de manos cuando no pueda usar agua y jabón

Lavarse las manos con agua y jabón es la mejor manera de deshacerse de los gérmenes en la mayoría de las situaciones. Si no dispone de agua y jabón, puede usar un desinfectante de manos a base de alcohol que contenga al menos un 60 % de alcohol. Puede saber si el desinfectante contiene al menos un 60 % de alcohol mirando la etiqueta del producto.

Los desinfectantes pueden reducir rápidamente la cantidad de gérmenes en las manos en muchas situaciones. **Sin embargo,**

- Los desinfectantes no eliminan todo tipo de gérmenes.
- Es posible que los desinfectantes de manos no sean tan efectivos cuando las manos están visiblemente sucias o grasientas.
- Es posible que los desinfectantes de manos no eliminen los productos químicos nocivos de las manos, como los pesticidas y los metales pesados.

Cómo usar el desinfectante de manos:

- Aplique el producto en gel en la palma de una mano (lea la etiqueta para saber la cantidad correcta).
- Frótese las manos.
- Frote el gel sobre todas las superficies de sus manos y dedos hasta que sus manos estén secas. Esto debería tomar alrededor de 20 segundos.

Información de seguridad en el hogar

Estas son algunas pautas útiles para ayudarlo a vigilar cuidadosamente su hogar y mantener hábitos seguros. La forma segura es siempre la forma correcta de hacer las cosas. Los atajos pueden doler. Corrija las condiciones inseguras antes de que causen un accidente. Asume la responsabilidad. Mantenga su hogar seguro. Tenga a mano los números de teléfono de emergencia.

Medicación

- Si hay niños en casa, guarde los medicamentos y los venenos en recipientes a prueba de niños y fuera de su alcance.
- Todos los medicamentos deben estar etiquetados claramente y dejarse en sus envases originales.
- No dé ni tome medicamentos que le hayan sido recetados a otras personas.
- Cuando tome o administre medicamentos, lea la etiqueta y mida las dosis cuidadosamente.
- Conozca los efectos secundarios del medicamento que está tomando.
- No deseché los medicamentos vencidos tirándolos por el lavabo o tirándolos por el inodoro.

Resbalones y/o Caídas

Los resbalones y caídas son los accidentes más comunes y, a menudo, los más graves en el hogar. Estas son algunas cosas que puede hacer para prevenirlos en su hogar.

- Organice los muebles para evitar una carrera de obstáculos.
- Instale pasamanos en todas las escaleras, duchas, bañeras e inodoros.
- Mantenga las escaleras despejadas y bien iluminadas.
- Coloque alfombras o rejillas de goma en las duchas y bañeras.
- Use bancos de baño o sillas de ducha si tiene debilidad muscular, dificultad para respirar o mareos.
- Limpie inmediatamente toda el agua, aceite o grasa derramados.
- Recoja y mantenga las sorpresas fuera de sus pies, incluidos los cables eléctricos y las alfombras.
- Mantenga los cajones y armarios cerrados.
- Instala una buena iluminación.

Elementos de movilidad

Al usar elementos de movilidad para desplazarse, como bastones, andadores, sillas de ruedas o muletas, debe tener especial cuidado para evitar resbalones y caídas.

- Tenga mucho cuidado para evitar el uso de andadores, bastones o muletas en superficies resbaladizas o mojadas.
- Coloque siempre las sillas de ruedas o los andadores sentados en la posición de bloqueo cuando esté de pie o antes de sentarse.
- Use zapatos cuando use estos artículos y trate de evitar obstáculos en su camino y superficies blandas e irregulares.

Levantamiento

Si es demasiado grande, demasiado pesado o demasiado incómodo para moverlo solo, OBTENGA AYUDA. Estas son algunas cosas que puede hacer para prevenir el dolor o las lesiones en la parte baja de la espalda:

- Párese cerca de la carga con los pies separados para mantener un buen equilibrio.
- Dobla las rodillas y "ponte a horcajadas" sobre la carga.
- Mantenga la espalda lo más recta posible mientras levanta y transporta la carga.
- Evite torcer el cuerpo cuando lleve una carga.
- Planifique con anticipación, despeje su camino.

Accidentes Eléctricos

Esté atento a las señales de advertencia tempranas; sobrecalentamiento, olor a quemado o chispas. Desenchufe el electrodoméstico y haga que lo revisen de inmediato. Estas son algunas cosas que puede hacer para prevenir accidentes eléctricos:

- Mantenga los cables y aparatos eléctricos alejados de agua o fugas.
- No enchufe los cables debajo de las alfombras, a través de las puertas o cerca de calentadores. Revise los cables para ver si están dañados antes de usarlos.
- Los cables de extensión deben tener un cable lo suficientemente grande para electrodomésticos más grandes.
- Si tiene un tomacorriente o cable roto, repárelo de inmediato.
- Utilice un enchufe de 3 hilos con conexión a tierra para evitar descargas eléctricas en caso de falla eléctrica.
- No sobrecargue los tomacorrientes con demasiados enchufes.
- Utilice adaptadores de tres clavijas cuando sea necesario.

¿Huele a gas?

- Abra las ventanas y puertas inmediatamente.
- Apague los electrodomésticos involucrados. Es posible que pueda consultar la parte delantera de su guía telefónica para obtener instrucciones sobre cómo apagar el gas de su hogar.
- No use fósforos ni encienda interruptores eléctricos.
- No use el teléfono, ya que al marcar pueden crear chispas eléctricas.
- No encienda velas.
- Llame a su compañía de gas desde la casa de un vecino.
- Si su compañía de gas ofrece inspecciones anuales gratuitas, aprovéchelas.

Fuego

Planifique con anticipación y practique su escape en caso de incendio. Busque un plan que tenga al menos dos formas de salir de su casa. Si su salida de incendios es a través de una ventana, asegúrese de que se abra fácilmente. Si está en un apartamento, sepa dónde se encuentran las escaleras de salida. No use el ascensor en una emergencia de incendio. Puede notificar al departamento de bomberos con anticipación si tiene una discapacidad o necesidades especiales. Estas son algunas medidas para prevenir incendios:

- Instala detectores de humo. Son su mejor alerta temprana. Pruebe con frecuencia y cambie la batería cada año (o según sea necesario).
- Si hay oxígeno en uso, coloque un letrero de "No fumar" a la vista de todas las personas que ingresan a la casa.
- Deseche los periódicos, revistas y cajas viejas.
- Vacíe las papeleras y los botes de basura con regularidad.
- No permita ceniceros ni arroje fósforos a las papeleras a menos que sepa que están fuera. Mójate primero o échalo en el inodoro.
- Revise la chimenea y la chimenea con frecuencia. Busque y repare grietas y mortero suelto. Mantenga el papel, la madera y las alfombras alejados de las áreas donde puedan golpearlos las chispas.
- Tenga cuidado al usar calentadores de espacio.
- Siga las instrucciones cuando use una almohadilla térmica para evitar quemaduras graves.
- Revise su caldera y tuberías con regularidad. Si las paredes o techos cercanos se sienten calientes, agregue aislamiento.
- Mantenga un extintor de incendios en su hogar y sepa cómo usarlo.

Si tiene un incendio o sospecha de incendio:

- Tome medidas inmediatas según el plan: escapar es su principal prioridad.
- Obtenga ayuda en el camino, sin demora. LLAME AL 9-1-1.
- Si la escalera de incendios está cortada, cierre la puerta y selle las grietas para contener el humo. Señal de ayuda desde la ventana.