

Paquete de Alta Involuntaria & Transferido Involuntario

Toda información debe ser completada en su totalidad y enviada por fax a QIRN3 antes que se le dé de Alta en la unidad al paciente.

Este paquete contiene información vital relativa al proceso de dar de Alta Involuntaria y Transferido Involuntario tal como indican Los Centros de Medicare y Medicaid en las Condiciones de Cobertura para las Unidades de Servicios de ESRD. Por favor lea cuidadosamente.

- El Network Y la Agencia Estatal de Regulaciones deben ser notificadas por teléfono o en escrito 30 días antes de la Alta Involuntaria o Transfiero Involuntario.
- Este paquete debe ser completado en su totalidad para toda Alta Involuntaria y todo Transferido Involuntario, y debe ser enviado por **fax** a la oficina de QIRN3 antes que se dé Alta Involuntaria o Transferido Involuntario.
- Este paquete también debe ser completado en su totalidad para todo caso de amenaza inmediata o peligrosa, y enviado completo por **fax** a la oficina de QIRN3 entre 48 horas de haberse dado de alta.
- Retenga una copia del paquete completo en el expediente médico del paciente.

Para obtener orientación interpretativa de las Condiciones de Cobertura de CMS en las unidades de ESRD visite la página web de CMS:

<http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Legislation/CFCsAndCoPs/downloads/esrdfinalrule0415.pdf>

Envíe toda información por Fax a:
Quality Insights Renal Network 3
Atención: Departamento de Servicios para el Paciente
Fax: (609) 490-0835

IMPORTANTE:

Debido a los requisitos de HIPPA no envíe esta información por email.

§ 494.70 y § 494.180 Condiciones de Cobertura- Políticas y Procedimientos para dado de Alta y Transferido Involuntario

No hay unidad alguna que tome ligeramente darle de Alta/Transferido involuntario a un paciente. Muchas veces hay situaciones desafiantes entre el paciente y el personal la cual resultan en problemas que no se resuelven. Las Condiciones de Cobertura son claras sobre la responsabilidad de la unidad en asegurar que todo personal tenga y utilice los conocimientos necesarios para lidiar con situaciones difíciles de un paciente en la unidad de diálisis. Las Condiciones también detallan los parámetros para la implementación de dar alta/transfiero involuntario.

Por favor note: El incumplimiento no es razón aceptable para dar de alta/transferir a un paciente.

En el improbable evento que su unidad se enfrente con la decisión de dar de alta/trasferir a un paciente, usted debe de cumplir con las directivas de CMS, y asegurar que todo esfuerzo este documentado en el expediente médico del paciente. Debe completar y documentar:

1. Evaluación inicial del problema y plan de cuidado abordando intervenciones y metas;
2. Documentación de intervenciones sobre un periodo de tiempo;
3. Documentación de la respuesta del paciente a la intervención;
4. Si un contrato de conducta es apropiado entonces reevaluación después que el contrato sea implementado;
5. Si se está dando de alta por no hacer pagos, se debe documentar la ayuda que se le dio al paciente para conectarlo con potenciales recursos de pagos y los resultados de esas referencias;
6. Se le debe enviar una carta al paciente notificándole que se le va a dar de alta (**30 días antes**);
7. Comuníquese con Servicios al Paciente de Quality Insights Renal Network 3 al (609) 490-0310 extensión: 2431 en respecto a la emisión del aviso de alta de 30 días;
8. Orden dando de Alta firmada por el doctor y director médico;
ENVIE A QIRN3 PARA REVISAR UNA COPIA DE LA CARTA DANDO DE ALTA Y TODO ARCHIVO MEDICO RELACIONADO AL DAR DE ALTA/TRANSFERIDO INVOLUNTARIO.
9. La responsabilidad de la unidad en el momento de dar de Alta:
 - a. Se debe tomar todo esfuerzo posible para asegurar que el paciente sea transferido a otra unidad. La documentación debe mostrar que estos esfuerzos fueron extensos y toda vía fue acudida.
 - b. Si ninguna unidad acepta al paciente, la unidad debe proveerle al paciente con recursos de cuidado agudo y aconsejarle sobre las ramificaciones medicas si no recibe diálisis como se lo ordeno el doctor, ej. sobrecarga de fluidos, paro cardiaco congestivo, muerte; y
 - c. La unidad debe notificarle a la Agencia Estatal de Regulaciones sobre el Alta/Transferido involuntario con 30 días de antelación del Alta/Transferido.

Nueva Jersey Departamento de Salud Teléfono: 1-800-792-9770
--

Puerto Rico Departamento de Salud Teléfono: 787-782-8013

10. En el caso de una amenaza severa inminente a la salud y la seguridad de otros, la unidad puede utilizar un procedimiento abreviado del Alta/Transferido involuntario.

Lista para Alta / Transferido Involuntario en Unidades de Diálisis

Si usted ha tomado la decisión de dar Alta Involuntaria o Transferido Involuntario a un paciente, entonces complete los formularios adjuntos para asegurar cumplimiento con las Condiciones de Cobertura.

Recuerde: El Network requiere la documentación de **TODA** Alta Involuntaria y **TODO** Transferido Involuntario. Tenga en cuenta que la documentación que usted envíe sobre la situación es la única evidencia que el Network tendrá para ser evaluada. **Esta información debe ser completada y enviada por fax a la oficina de QIRN3 30 DIAS ANTES que se dé de Alta o Transferido O dentro de 48 horas de haberse dado Alta o Transferido inmediato.**

Información Demográfica

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Número del Proveedor de la Unidad:

(Nota: este número de seis dígitos es el número de proveedor de Medicare para la unidad. Si eres una unidad de NJ el número de proveedor comienza con 31. Si eres una unidad de PR el número de proveedor comienza con 40, y las Islas Vírgenes comienzan con 48).

Nombre y título de la persona completando este formulario (Por favor escriba en letra de molde):

Número de teléfono de la unidad: _____ Número de Fax: _____

Nombre del Director Médico de la Unidad: _____

Nombre del Médico Primario del Paciente: _____

Nombre del Gerente en la Unidad: _____

Información de Alta / Transferido Involuntario

Fecha del Último Tratamiento: ____ / ____ / ____

Fecha que la Unidad Notifico al Network: ____ / ____ / ____

Fecha que la Unidad Notifico a la Agencia Estatal de Regulaciones: ____ / ____ / ____

Fecha que el paciente fue notificado del Alta / Transferido: ____ / ____ / ____

Fecha que se Anticipa dar de Alta / Transferido: ____ / ____ / ____



**Quality
Insights**

Renal Network 3

P.O. Box 845
Hightstown, NJ 08520
Teléfono: 609.490.0310
Línea de Paciente: 888.877.8400
Fax: 609.490.0835
www.qirn3.org

Parte I: Razón por dar de Alta

- No pagos por servicios ordenados
 - Unidad dejo de operar*
 - No puede satisfacer necesidades médicas documentadas
 - Comportamiento disruptivo y abusivo continuo
 - Amenaza inmediata peligrosa a la salud y seguridad de otros

- Otra - nota:** Las Condiciones para Cobertura de CMS solo permite las razones ya mencionadas como razón para dar de Alta. Si se da de Alta porque el Médico terminó la relación con el paciente, esta es considerada una razón inválida de acuerdo a las Condiciones para Cobertura de CMS:

Comentario:

*Para el cierre de una unidad, complete solamente un paquete y adjunte la lista de TODOS los pacientes que se les da Alta / Transferidos y sus disposiciones. omita parte II y IV.

Por favor provea descripción breve del incidente(s) cual conduzco a dar Alta Involuntaria (Por favor adjunte toda documentación pertinente): **NOTA: Aun con la documentación adjunta esta sección debe ser completada.**

Parte II: Evaluación de Salud Mental

*No es requerido si cerró la unidad

Problemas de Salud Mental/Diagnóstico Reportado: Si No

En caso afirmativo, provea una explicación y/o diagnóstico (adjunte documentación médica)

Reporte de Dependencia/Abuso de Substancias: Si No

En caso afirmativo, provea una explicación y/o diagnóstico (adjunte documentación médica)

Reporte de Deficiencia Cognitiva: Si No

En caso afirmativo, provea una explicación y/o diagnóstico (adjunte documentación médica)

Parte III: Disposición del Paciente

(¿Dónde se dializará el paciente inmediatamente de habersele dado de Alta?)

*Para el cierre de una unidad adjunte una copia del censo con la disposición de cada paciente.

- Admitido a otra Unidad: # de proveedor de Medicare de la unidad _____
- Paciente en Establecimiento Penitenciario
- Fecha de Fallecimiento del Paciente _____
- Fecha de Trasplante del Paciente _____ # de proveedor de Medicare del centro de trasplante _____
- No Admitido a otra Unidad – Hospital _____
- Otra – Comentario _____

Parte IV: Documentación Requerida*

*No es requerido si cerró la unidad

- Carta dando de Alta o aviso de Transferido al Paciente
- Reporte de la Policía (*si es aplicable*)
- Copia de la política en la unidad para procedimiento en dar de Alta/Transferido
- Copia de los derechos y responsabilidades del paciente de la unidad
- Firma del Director Médico aprobando la orden de dar Alta/Transferido al paciente
- Firma del Doctor Primario aprobando la orden de dar Alta/Transferido al paciente.
- Copias de la evaluación del paciente, plan de cuidado y reevaluación(es).
- Documentación de problema(s) continuos y **TODO** esfuerzo para resorberlo(s).
- Documentación de la inhabilidad de la unidad en poder satisfacer las necesidades médicas del paciente (*si es aplicable*)
- Documentación de **TODO** esfuerzo en localizar otra unidad para el paciente.
- Documentación que la Agencia Estatal de Regulaciones fue notificada del Alta/transfiero.
- Otro:

Fecha que se Envío a
la Oficina de QIRN3:

/	/
/	/
/	/
/	/
/	/
/	/
/	/
/	/
/	/
/	/
/	/
/	/
/	/
/	/
/	/
/	/

Parte V: Información de Contacto para la Agencia Estatal de Regulaciones

Nueva Jersey	Nueva Jersey Departamento de Salud 120 South Stockton Street Trenton, NJ 08625	1-800-792-9770
Puerto Rico	Puerto Rico Departamento de Salud 1090 Marginal Ruiz Soler Bayamón, Puerto Rico 00961-7329	787-782-8013

QIRN3 aconseja que cada unidad llame para confirmar que todos los documentos que envíen por fax a QIRN3 hayan sido recibidos.

Teléfono: 609.490.0310
