

TABLA DE CONTENIDO

Mensaje de la Administración.....	2
Misión	3
Visión	3
Valores	3
Conozca sus Derechos y Responsabilidades	4
Carta de Derechos del Paciente.....	4
Usos o divulgaciones de su información de salud	6
Decisiones sobre su tratamiento	9
Consentimiento informado.....	9
¿Qué son las directrices adelantadas?	9
Mensaje importante de Medicare	101
Transparencia en precio	12
No facturación sorpresa	12
Responsabilidades.....	12
Acompañantes en las habitaciones.....	13
Conozca sobre nuestros servicios	13
Horarios de visitas	14
Departamento de Admisiones	18
Portal del Paciente	20
Para prevenir errores en su cuidado	20
Normas para seguir en beneficio del paciente	22
Manejo de quejas o querellas de pacientes durante su estadía en el hospital.....	25
Información adicional.....	27

MENSAJE DE LA ADMINISTRACIÓN

La Institución Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe es el único hospital especializado en el diagnóstico, tratamiento y cirugía de condiciones cardiovasculares en todo Puerto Rico y en la región del Caribe. Nos caracterizamos por no discriminar por razón de raza, credo, color, sexo, ideas políticas o religiosas, impedimentos físicos o mentales, origen migratorio u orientación sexual.

Le damos la bienvenida a nuestra Institución, a la vez que le agradecemos la oportunidad que nos brinda de servirle durante su período de hospitalización. Nuestro personal está a su disposición para proveerle toda la ayuda necesaria y hacer de esta experiencia una agradable para usted y su familia.

Este Manual tiene como propósito brindarle información valiosa a usted y su familia. Favor de conservarlo y usarlo como documento de referencia durante su período de hospitalización. De igual forma, le agradecemos que al ser dado de alta complete la hoja de evaluación que le proveemos al final del Manual. De esta manera, podemos medir nuestra eficiencia y mejorar nuestros servicios. La misma debe ser depositada en los buzones de sugerencias que se encuentran en las unidades clínicas o entregada al Coordinador de Servicio al Cliente. Para información adicional visite nuestra página de Internet: www.cardiovascular.pr.gov o a través de este QR.



www.cardiovascular.pr.gov

ACREDITADA POR LA COMISIÓN CONJUNTA



La Corporación de la Institución Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe, en adelante “la Institución”, está acreditada por la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales (*The Joint Commission*). De usted tener alguna situación relacionada con el cuidado al paciente y la seguridad con que se brindan los servicios en la Institución, le invitamos a comunicarse a nuestra Oficina de Servicio al Cliente al 787-754-8500 extensiones 3061 o 3059, o puede comunicarse directamente a las oficinas de *The Joint Commission* al 1-800-994-6610 o accediendo a su página web: www.jointcomission.org.

MISIÓN

Proveer servicios de la más alta calidad para el cuidado de la salud mediante la prevención, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de condiciones cardiovasculares en la forma más costo efectiva y segura, generando beneficios medibles para nuestra comunidad. Propiciar el ambiente para la educación y adiestramiento de los profesionales de la salud y fomentar la investigación y el desarrollo de una manera consistente con el mejoramiento continuo de la calidad.

VISIÓN

Ser reconocidos como la institución líder en la prestación de servicios cardiovasculares, manteniéndonos a la vanguardia en la tecnología y nuevos tratamientos. Fomentar el desarrollo de las competencias de la comunidad de profesionales para el mejor uso de la tecnología, entendiendo que el paciente será siempre nuestra razón de ser. Promover actividades educativas a toda la comunidad para disminuir la incidencia y prevalencia de las enfermedades cardiovasculares.

VALORES

Calidad de Servicio- proveer servicios de la más alta calidad y de forma costo efectiva, para lograrlo fomentamos el trabajo en equipo y procuramos que nuestros recursos profesionales se mantengan a la vanguardia en conocimiento y competencias.

Compromiso- En mantener un proceso de planificación continua que permita la utilización adecuada de los recursos, haciendo disponible a la comunidad los mejores servicios y tratamiento que respondan a sus necesidades.

Respeto y Diversidad- Servir a nuestros pacientes, visitantes y empleados en un ambiente que proteja su dignidad sin discriminación de clase alguna y sus derechos mediante un ambiente de respeto mutuo y sensible.

CONOZCA SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

El Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe respetará los derechos del paciente en todo momento, reconociendo el derecho básico de todo ser humano a su independencia de expresión, decisión y acción. La Institución, a su vez, exigirá que el paciente cumpla con sus responsabilidades manteniendo un comportamiento adecuado durante su estadía en la Institución.

El paciente tendrá el derecho a: tratamiento, respeto, dignidad, privacidad, confidencialidad, seguridad personal, estar informado, consentir, consultar y denegar tratamiento.

Entre las responsabilidades del paciente se le exigirá el cumplimiento con el suministro de información, con las instrucciones que reciba, con los cargos hospitalarios, con los reglamentos y estatutos de la Institución, con el respeto a la propiedad y consideración para con el personal.

Carta De Derechos Del Paciente

La Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, y mejor conocida como "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente"; procura garantizar el acceso adecuado del paciente a servicios y facilidades de salud de acuerdo con sus necesidades e irrespectivamente de su condición socioeconómica y capacidad de pago. Cobijando ocho derechos principales sobre:

1. Información
2. Selección de planes y proveedores
3. Continuación de los servicios
4. Acceso a servicios de emergencia
5. Participación en toma de decisiones sobre tratamiento
6. Respeto y trato igual
7. Confidencialidad y récord médicos
8. Quejas y agravio

Nuestra Institución cuenta con rótulos colocados en las salas de espera, donde podrá encontrar más información relacionada a sus derechos y responsabilidades (como los que se comparten a continuación).



**OFICINA del
PROCURADOR del
PACIENTE**
 Gobierno de Puerto Rico

Ley Núm. 194 - 2000, según enmendada

CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

TUS DERECHOS

- Derecho a una alta calidad de servicios de salud.
- Derecho en cuanto a la obtención y divulgación de información.
 - Recibir información sobre planes médicos, facilidades y profesionales de la salud.
- Derechos en cuanto a la selección de planes y proveedores.
 - Seleccionar a su médico primario, proveedores de salud y especialistas de su preferencia dentro del listado de proveedores de la aseguradora.
- Continuación de servicios de cuidado de salud.
 - Continuar recibiendo servicios de cuidado de salud a partir de la cancelación o terminación del plan de salud por un período transición de noventa (90) días.
- Acceso a servicios y facilidades de emergencia.
 - Ser atendido en sala de emergencia sin necesidad de referido o autorización de su médico primario o aseguradora.
- Participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento.
- Derechos en cuanto a respeto y trato igual.
 - Ser tratado con respeto, no ser discriminado y recibir trato igual por cualquier profesional de la salud.
- Derechos en cuanto a la confidencialidad de la información y récord médico.
 - Comunicarse libremente con su proveedor de servicios de salud, que tenga acceso a su récord médico y su información médica se mantenga confidencial.
- Derechos en cuanto a quejas y agravios.
 - Presentar reclamaciones o quejas ante la Oficina del Procurador del Paciente para resolver situaciones sobre sus servicios de salud.

TUS RESPONSABILIDADES

- Proveer información detallada sobre su condición actual de salud, enfermedades anteriores, medicamentos, hospitalizaciones y asuntos relacionados.
- Reportar los cambios en su condición de salud al profesional de la salud a cargo de su tratamiento.
- Informar a su médico que usted comprendió claramente las indicaciones para tratar su condición de salud.
- Proveer copia escrita de las instrucciones sobre su deseo de tratamiento médico futuro sobre la prolongación de su vida.
- Informar a su médico si hay problemas con el tratamiento indicado.
- Conocer la obligación del proveedor de ser eficiente y justo al proveer cuidado a otros pacientes.
- Hacer arreglos para que las necesidades del hospital, pacientes médicos y otros empleados no se vean afectadas por su conducta.
- Proveer información necesaria sobre planes médicos y colaborar con el proveedor cuando sea necesario para pagar todas las cuentas y facturas que se le han enviado.
- Reconocer el impacto que su estilo de vida está teniendo en su salud y asumir la responsabilidad de su cuidado. Es su responsabilidad cuidar su salud y la de su familia.
- Participar en toda decisión relacionada a su cuidado de salud.
- Informar a las autoridades sobre cualquier fraude o actuación impropia de la que tenga conocimiento con relación a los servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias.
- Utilizar los mecanismos y procedimientos internos establecidos por el proveedor de cuidado de salud o del plan de salud para resolver diferentes problemas.
- Reconocer los riesgos y límites de la medicina y del profesional de la salud.
- Informarse sobre todo lo relacionado a su plan de salud.
- Cumplir con los procedimientos administrativos y operacionales de su plan de salud, proveedor de servicios y de los programas de beneficios de salud gubernamentales.

¡Oriéntate!

1-800-981-0031 (Isla)
(787) 977-1100 (Área Metro)

P.O. Box 11247 San Juan, Puerto Rico 00910-2344



**OFFICE of the
PATIENT
ADVOCATE**
 Government of Puerto Rico

Law Num. 194 - 2000, as amended

PATIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES ACT

RIGHTS

- To receive high quality health services.
- Acquisition and disclosure of information.
 - Receive information regarding health insurance plans, healthcare facilities and providers.
- Selection of plans and providers.
 - Select your preferred primary physician, healthcare providers and specialists among the list of the health insurance plan.
- Receive continuous healthcare of services.
 - Continue receiving healthcare services on a transition period of 90 days after the cancellation or termination of the health insurance plan.
- Access to emergency services and facilities.
 - Being properly attended and receive services on emergency rooms without referrals or authorization from the primary physician or the health insurance plan.
- Participate in decisions on treatment.
- Respect and equal treatment.
 - Being treated with respect, without discrimination and receive equal treat by the healthcare professionals.
- Confidentiality in all medical records and information.
 - Communicate freely with your healthcare providers, maintain access to your medical record and to your medical information in confidentiality.
- Complaints and grievances.
 - Settle grievances or disputes in the Office of the Patient Advocate to resolve situations regarding health services.

RESPONSIBILITIES

- Provide detailed information regarding present condition of health, past diseases, medications, hospitalizations, and other related matters.
- Report any changes in your condition to the health care professional in charge of your treatment.
- Inform to your physician that you clearly understood the course of action expected from them.
- Provide written copies of instructions or guidelines, if any, in advance, stating their wishes concerning future medical treatment to extend and preserve their lives.
- Inform to your physician if there are any problems with the prescribed treatment.
- Know the obligation of providers to be efficient and fair in providing care to other patients.
- Maintain a behavior considering the hospital, patients and other employee's needs.
- Provide needed information regarding health insurance plans and collaborate with the healthcare providers when needed to pay for sent accounts and claims.
- Recognize the impact that your life style has in our health and assume the responsibility of your care. It is your responsibility to care for your health and of your family.
- Participate in all the decisions about your health care.
- Inform to the authorities concerning fraud or improper acts that you have knowledge about healthcare services and medical facilities.
- Use internal mechanisms and procedures established by the healthcare provider or the health insurance plan to resolve different issues.
- Recognize the medicine and healthcare professional risks and limits.
- Be informed about all the aspects related of your health insurance plan.
- Comply with the administrative and operational procedures of your health insurance plan, healthcare providers and governmental health benefits programs.

Be informed!

1-800-981-0031 (Island)
(787) 977-1100 (Metro Area)

P.O. Box 11247 San Juan, Puerto Rico 00910-2344

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

A continuación, se describe cómo su información protegida de salud puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a la misma. Revíselo cuidadosamente.

Nuestro Compromiso

La Institución cumple con los requisitos de privacidad y está comprometida con mantener la privacidad de toda aquella información de salud que lo identifique. La Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) nos requiere mantener la confidencialidad de toda aquella información de salud que lo identifique e informarle sobre nuestras prácticas de privacidad concernientes a su información protegida de salud.

Usos o Divulgaciones de su Información de Salud

♥ Su información médica personal

Nuestra institución recibe, genera y guarda información médica relacionada a su cuidado de salud y que es utilizada para su tratamiento, procesos de pago y operaciones administrativas. Su información médica es protegida por ley e incluye cualquier información oral, escrita o grabada que sea creada o recibida por los proveedores de salud, incluyendo doctores, planes médicos y hospitales, entre otros. La ley, específicamente protege la información que contiene datos como su nombre, dirección, seguro social y otros, que podrían ser utilizados para identificarlo como paciente o individuo asociado con tal información.

♥ Usos o divulgaciones de su información médica protegida

Podemos usar o divulgar su información médica protegida sin su consentimiento para realizar gestiones relacionadas a tratamiento, pago u operaciones. Es decir, podemos usar su información para proveerle servicios médicos y el tratamiento que usted requiere o necesite, para conducir otras operaciones de cuidado médico y de pago que estén permitidos o requeridos por ley. Instancias en las cuales podríamos divulgar su información médica incluyen sin limitarse a (para más información favor referirse a CFR 45 CFR Part. 160-164):

- ❖ **Tratamiento:** Podemos utilizar o divulgar su información de salud para proveerle tratamiento, continuidad de cuidados u otros servicios de salud. Por ejemplo: Un médico que lo está tratando por una condición de salud le solicita a su médico primario o proveedor de servicios información de salud para poder ofrecerle continuidad o comenzar un nuevo tratamiento.
- ❖ **Pago:** Podemos utilizar o divulgar su información de salud para propósitos de recibir pago por el tratamiento o servicios brindados en nuestra institución. Por ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.
- ❖ **Operaciones Administrativas:** Podemos utilizar o divulgar su información de salud para propósitos de realizar operaciones administrativas. Por ejemplo: Su información de salud puede ser utilizada o divulgada para evaluar la calidad de los servicios brindados, el desempeño de nuestro personal, manejo de riesgos, entre otros.

Se desglosa a continuación otras instancias en las que su información podría ser compartida:

- ♥ **Cumplir con la Ley:** compartiremos información sobre usted, si las leyes estatales o federales lo requieren, incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos, de requerir comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal. También compartimos su información para efectos de estadísticas en los registros de salud como, por ejemplo: Talarquia prematura y desarrollo sexual precoz, casos de Alzheimer, Cáncer, virus del SIDA, entre otros.
- ♥ **Casos de Muerte:** Su información de salud puede ser divulgada a entidades que prestan servicios funerarios o aquellos que prestan servicios de autopsia a los efectos de que puedan cumplir con sus obligaciones bajo la ley.

- ♥ **Donaciones de Órganos:** Si usted es donante de órganos, podemos divulgar la información de salud a organizaciones que manejen la obtención de órganos, ojos o tejidos para trasplantes o un banco de órganos y que estén autorizado por ley para estos fines.
- ♥ **Investigaciones Científicas:** En la que usted haya autorizado participar. Siempre y cuando una Junta de Revisión Institucional (IRB, por sus siglas en inglés) o Junta de Privacidad (PB, por sus siglas en inglés) revise y respalde la propuesta de investigación, la apruebe y establezca los protocolos que garanticen la privacidad de su información.
- ♥ **Militares y Veteranos:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos utilizar su información de salud cuando las autoridades militares lo requieran.
- ♥ **Compensaciones por Accidentes:** Su información de salud, puede ser utilizada o divulgada para cumplir con las leyes y reglamentaciones vigentes en Puerto Rico con relación a la compensación por accidente.
- ♥ **Actividades de Fiscalización de Cuidado de Salud:** Su información de salud puede ser divulgada a agencias gubernamentales responsables de la fiscalización: Departamento de Salud y Servicios Humanos Federal o su Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés); o agencias estatales: Oficina del Procurador del Paciente, Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) y la Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS) del Departamento de Salud de Puerto Rico, etc.
- ♥ **Instituciones Correccionales:** Si usted es un confinado, podemos divulgar información de salud a funcionarios correccionales u oficiales del orden público.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Excepto donde esté permitido o requerido por Ley, no podemos usar o divulgar su información sin su autorización escrita. Usted puede revocar su autorización para usar o divulgar cualquier información médica en cualquier momento, excepto hasta donde hayamos tomado acción como resultado de tal autorización.

Ejemplos de instancias en las cuales necesitamos de su autorización para usar o compartir su información médica personal:

- ♥ **Actividades misceláneas:** Podemos contactarlo para proveer recordatorios de citas médicas o información acerca de alternativas de tratamiento u otras actividades relacionadas a los beneficios y servicios que pueden ser de interés para usted.
- ♥ **Actividades de Recaudación de Fondos y Mercadeo**
- ♥ **Autorización para otros usos y divulgaciones:** Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento y debe hacerse por escrito. En caso de pacientes de salud mental, se requerirá una autorización expresa del paciente o de su representante autorizado y dicha autorización caducará a los seis (6) meses de la firma y fecha en que se prestó.

SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN DE SALUD

Bajo la Ley HIPAA, usted tiene ciertos derechos sobre su información de salud. Lo siguiente es un resumen de sus derechos y nuestros deberes con respecto a esos derechos.

- ♥ **Pedir restricciones en el uso o divulgación** - Usted tiene el derecho de pedir restricciones a los siguientes usos o divulgaciones, siempre que no esté restringido bajo la ley.
- ♥ **Inspeccionar y obtener copia de su expediente** - Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener copia de su información protegida acerca de la salud, incluyendo su expediente clínico y de facturas. Usted deberá someter una solicitud por escrito para inspeccionar o pedir copia de su información de salud. La Institución podrá solicitar un cargo por los costos de las copias, envío de éstas y otros gastos asociados con esta solicitud. La Institución podría negarse a su solicitud de inspección y/o entregarle copia de su información de salud en ciertas circunstancias limitadas; sin embargo, usted puede solicitar una revisión de la denegación.
- ♥ **Derecho a enmendar su información médica personal** - Usted tiene el derecho de pedir que enmendemos su información personal o médica contenida en su expediente médico designado, mientras la Institución mantenga su información. Tenemos el derecho de negarle el pedido para enmienda, si: (a) determinamos que la información o expediente que es el sujeto del pedido no fue creado por nosotros, a menos que usted nos provea una base razonable para pedir que el originador de la información no esté disponible para actuar sobre la enmienda requerida, (b) la información no es parte de su expediente médico designado, (c) la inspección de la información está prohibida por ley, o (d) la información está completa y sin errores.

Podríamos solicitarle que someta el pedido por escrito y provea una razón por la cual solicita la enmienda. Si denegamos su pedido, le notificaremos por escrito las razones para la denegación, así como los procesos para apelar la decisión de entenderlo necesario. Todos los pedidos de enmiendas serán enviados a:

Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe
Manejo de Información de Salud,
PO Box 366528, San Juan, PR 00936-6528

O vía telefónica al:

Tel. (787) 754-8500 Extensión 1037 o 1038

- ♥ **Familiares, Relacionados, Amigos u Otros:** A menos que usted objete, la Institución puede divulgar su información protegida acerca de la salud a sus familiares, amigos o cualquier persona responsable del cuidado de su condición de salud o por los pagos de éste.
- ♥ **Propósitos Informativos:** La Institución podría utilizar su información protegida acerca de la salud para enviarle recordatorio de citas o para informarle de alternativas de tratamiento, servicios o beneficios de salud que ofrece esta institución y que pudieran ser de su interés.

Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja comunicándose a:

Oficial de Privacidad
Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe
Departamento de Programas Institucionales
P.O. Box 366528
San Juan, P.R. 00936-6528

También puede comunicarse llamando al:
787-754-8500, extensiones 3061 o 3059

O escribiendo al siguiente correo electrónico:
hipaa@cardiovascular.pr.gov.

Para información adicional sobre este derecho puede visitar la página web:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.htm

Decisiones sobre su Tratamiento

Consentimiento Informado

- ♥ Todo adulto (mayor de 21 años), competente, tiene derecho a decidir lo que se le va a hacer a su cuerpo durante el curso de su tratamiento médico. Como paciente usted tiene el derecho a que se le informe sobre la naturaleza de su condición, el tratamiento que se le va a ofrecer, el riesgo, alternativas de tratamiento, incluso el no tratamiento y otras alternativas disponibles.
- ♥ Esta información le ayudará a tomar una decisión informada de aceptar el curso de tratamientos propuesto por su médico. Su médico dialogará con usted sobre los riesgos asociados al tratamiento y/o procedimientos disponibles. En el caso de menores o incapacitados serán los padres con patria potestad, el tutor legal o un tribunal según sea el caso.
- ♥ La Ley de Autodeterminación del Paciente le permite a usted instruir anticipadamente a su médico y al personal de enfermería de la Institución sobre su cuidado médico.

¿Qué son las Directrices Adelantadas?

La Directriz Adelantada es la expresión de preferencias futuras de una persona en caso de que en determinado momento pierda la capacidad de consentir a distintas opciones de tratamiento médico. El documento escrito donde se escriben las Directrices Adelantadas se le conoce como testamento vital o *living will*. Toda persona mayor de edad (21 años en adelante) y que esté en pleno disfrute de sus facultades mentales puede otorgar directrices adelantadas para aceptar o rehusar determinado tratamiento médico, según la Ley 160 de 17 de noviembre de 2001, mejor conocida como: Ley de Declaración Previa de Voluntad.

Las directrices adelantadas se activarán y podrán ser ejecutadas **SOLAMENTE** si usted no puede expresarse (ni hablando, ni escribiendo, ni mediante señas) por alguna de las siguientes situaciones:

- ♥ Que usted padezca una condición de salud terminal: enfermedad o condición de salud incurable e irreversible que haya sido médicamente diagnosticada y que según el juicio médico usted morirá dentro de un término no mayor de seis (6) meses.

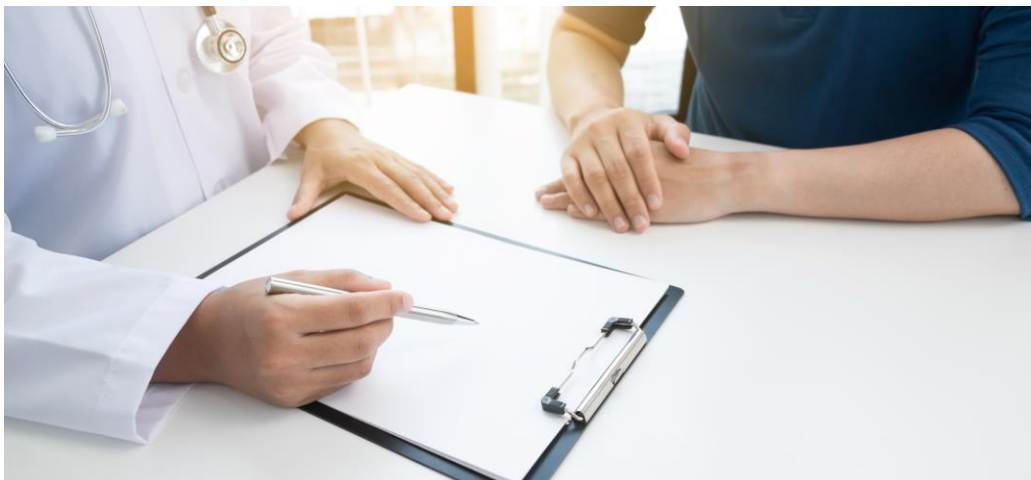
- ♥ Que usted se encuentre en un estado vegetativo persistente – ausencia de función cortical o cognoscitiva del cerebro sin posibilidad realista de recuperación, de acuerdo con estándares médicos. Si usted es mujer y está embarazada en el momento en que sufre una condición, la directriz adelantada no se hará efectiva hasta que haya terminado su estado de embarazo.
- ♥ La Ley dispone que si una persona adulta no otorga directrices adelantadas ni designa a alguien que las tome por ella, las decisiones corresponderán a sus familiares en el orden determinado por el Código Civil. Si usted no quiere que determinada persona tome decisiones por usted, debe establecerlo así mediante directrices adelantadas.

Usted puede retirar o modificar las directrices adelantadas en cualquier momento de forma verbal o escrita. Tiene derecho a que se le devuelva el documento que contiene sus directrices adelantadas. De usted firmar un documento que cumpla con los requisitos, nadie podrá cambiar o retirar sus directrices adelantadas. Los médicos y las facilidades de salud están obligados legalmente a cumplir sus deseos

Poder especial para el Cuidado Médico

- ♥ **Información General:** Otro tipo de instrucción previa; se le conoce como, Poder Especial para el cuidado médico. Este es un documento firmado por un adulto competente, el cual usted, designa como apoderado a una persona de confianza el cual puede tomar decisiones en caso de usted no poder hacerlo.
- ♥ **Autoridad del Apoderado:** Un apoderado tiene la autoridad de tomar decisiones sobre el cuidado médico a ofrecerle, sólo cuando su médico de cabecera certifique por escrito y basado en el juicio médico razonable, no tiene la capacidad para tomar decisiones, sobre el tratamiento médico a ofrecerle. Esta certificación debe formar parte de su expediente clínico.

Si necesita orientación adicional puede comunicarse con nuestra oficina de Trabajo Social al: **787-754-8500**, extensiones **1065** o **1070**.



MENSAJE IMPORTANTE DE MEDICARE

Sus derechos como paciente hospitalizado:

- ♥ Usted puede recibir los servicios que son cubiertos por Medicare. Estos incluyen los servicios hospitalarios que sean necesarios por razones médicas y los servicios que podría necesitar luego de ser dado de alta, siempre y cuando los servicios sean ordenados por su médico.
- ♥ Usted tiene derecho a enterarse de estos servicios, quién los pagará, y dónde podrá obtenerlos.
- ♥ Usted puede participar en toda decisión relativa a su hospitalización.
- ♥ Usted puede informar notificar toda preocupación que tenga sobre la calidad de la atención recibida a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés), comunicándose con: **Livanta** al 1-787-520-5743 ó 1-866-868-2289. La QIO es el revisor independiente que Medicare autoriza para revisar la decisión de darle de alta.
- ♥ Su proceso de alta se comienza a trabajar desde su admisión. Cuando usted ya no necesita atención hospitalaria como paciente internado, su médico o el personal del hospital le informará de la fecha prevista para su alta.
- ♥ Usted puede hablar con su médico u otro personal del hospital si tiene inquietudes sobre su alta.

Le compartimos una imagen de este documento:



MENSAJE IMPORTANTE MEDICARE ESPAÑOL

Nombre del paciente: _____ Número del paciente: _____

Sus derechos como paciente hospitalizado:

- Usted puede recibir los servicios que son cubiertos por Medicare. Estos incluyen los servicios hospitalarios que sean necesarios por razones médicas y los servicios que podría necesitar luego de ser dado de alta, siempre y cuando los servicios sean ordenados por su médico. Usted tiene derecho a enterarse de estos servicios, quién los pagará, y dónde podrá obtenerlos.
- Usted puede participar en toda decisión relativa a su hospitalización.
- Usted puede informar sus preocupaciones relativas a la calidad de la atención que recibe a su QIO en: Livanta, (866) 815-5440 (línea gratuita) Ayuda (787) 520 – 5743 TTY (866)868-2289 y fax (855)236-2423. La QIO es el revisor independiente que Medicare autoriza para revisar la decisión de darle de alta.
- Usted puede trabajar con el hospital para prepararse para la alta de manera segura y organizar los servicios que podría necesitar luego de salir del hospital. Cuando usted ya no necesita atención hospitalaria como paciente internado, su médico o el personal del hospital le informará de la fecha prevista para su alta.
- Usted puede hablar con su médico u otro personal del hospital si tiene inquietudes sobre su alta.

Su derecho de apelar el alta del hospital:

- Usted tiene derecho a una revisión (apelación) médica independiente e inmediata de la decisión de darle de alta. Si usted la hace, no tendrá que pagar por los servicios que recibe durante la apelación (salvo los cargos como copagos y deducibles).
 - Si decide apelar, el revisor independiente le pedirá su opinión. El revisor además examinará sus expedientes médicos y/u otra información relevante. Usted no tendrá que preparar nada por escrito, pero tiene derecho a hacerlo si desea.
 - Si decide apelar, usted y el revisor recibirán una copia de la explicación detallada indicando los motivos por los cuales la hospitalización no debería continuar. Usted recibirá este aviso detallado solamente después de solicitar la apelación.
 - Si la QIO determina que usted no está en condiciones para ser dado de alta, Medicare seguirá cubriendo los servicios hospitalarios.
 - Si la QIO está de acuerdo en que los servicios no deberán ser cubiertos más allá de la fecha del alta, ni Medicare ni su plan de salud de Medicare pagará por su hospitalización después del mediodía del día en que la QIO le notifica de su decisión. Si usted pone fin a los servicios antes de dicho momento, evitará la responsabilidad económica.
 - Si usted no apela, podría tener que pagar por los servicios que reciba más allá de la fecha del alta.
- Vea la página 2 de este aviso para más información.**



IMPORTANT MESSAGE FROM MEDICARE

Patient name: _____ Patient number: _____

Your Rights as a Hospital Inpatient:

- You can receive Medicare covered services. This includes medically necessary hospital services and services you may need after you are discharged, if ordered by your doctor. You have a right to know about these services, who will pay for them, and where you can get them.
- You can be involved in any decisions about your hospital stay.
- You can report any concerns you have about the quality of care you receive to your QIO at: Livanta, (866) 815-5440 (línea gratuita) Ayuda (787) 520 – 5743 TTY (866)868-2289 y fax (855)236-2423. The QIO is the independent reviewer authorized by Medicare to review the decision to discharge you.
- You can work with the hospital to prepare for your safe discharge and arrange for services you may need after you leave the hospital. When you no longer need inpatient hospital care, your doctor or the hospital staff will inform you of your planned discharge date.
- You can speak with your doctor or other hospital staff if you have concerns about being discharged.

Your Right to Appeal Your Hospital Discharge:

- You have the right to an immediate, independent medical review (appeal) of the decision to discharge you from the hospital. If you do this, you will not have to pay for the services you receive during the appeal (except for charges like copays and deductibles).
- If you choose to appeal, the independent reviewer will ask for your opinion. The reviewer also will look at your medical records and/or other relevant information. You do not have to prepare anything in writing, but you have the right to do so if you wish.
- If you choose to appeal, you and the reviewer will each receive a copy of a detailed explanation about why your covered hospital stay should not continue. You will receive this detailed notice only after you request an appeal.
- If the QIO finds that you are not ready to be discharged from the hospital, Medicare will continue to cover your hospital services.
- If the QIO agrees services should no longer be covered after the discharge date, neither Medicare nor your Medicare health plan will pay for your hospital stay after noon of the day after the QIO notifies you of its decision. If you stop services no later than that time, you will avoid financial liability.
- If you do not appeal, you may have to pay for any services you receive after your discharge date.

See page 2 of this notice for more information.

MENSAJE IMPORTANTE MEDICARE ESPAÑOL

Cómo solicitar una apelación del alta del hospital

- Usted deberá presentar su solicitud a la QIO indicada arriba.
- Deberá hacer su solicitud de apelación lo antes posible, pero en la fecha prevista para el alta y antes de salir del hospital, a más tardar.
- La QIO le notificará de su decisión lo antes posible; por lo general, será un máximo de 1 día después de haber recibido toda la información necesaria.
- Llame a la QIO indicada en la Página 1 para apelar o si tiene preguntas.

Si usted pierde la fecha límite para solicitar la apelación, es posible que tenga otros derechos de apelación:

- Si usted tiene Medicare Original: Llame a la QIO indicada en la Página 1.
- Si tiene un plan de salud de Medicare: Llame a su plan al Entiendo va un espacio en blanco de acuerdo a las instrucciones

Información adicional (Opcional):

Firme abajo para indicar que usted ha recibido y entendido este aviso.

Se me notificó de mis derechos como paciente hospitalizado y que podré comunicarme con mi QIO para apelar el alta.

Parentesco

Nombre impreso del paciente o representante autorizado Fecha/hora

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, Braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si considera que ha sido 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 más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona será obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1019. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de aproximadamente 15 minutos por respuesta, 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.

Formulario CMS 10065-IM Instrucciones (Exp. 12/31/2025)

Aprobación de OMB 0938-1019

IMPORTANT MESSAGE FROM MEDICARE

How to Ask For an Appeal of your Hospital Discharge

- You must make your request to the QIO listed above.
- Your request for an appeal should be made as soon as possible, but no later than your planned discharge date and before you leave the hospital.
- The QIO will notify you of its decision as soon as possible, generally no later than 1 day after it receives all necessary information.
- Call the QIO listed on Page 1 to appeal, or if you have questions.

If You Miss The Deadline to Request An Appeal, You May Have Other Appeal Rights:

- If you have Original Medicare: Call the QIO listed on Page 1.
- If you belong to a Medicare health plan: Call your plan at Entiendo va un espacio en blanco de acuerdo a las instrucciones

Additional Information (Optional):

Please sign below to indicate you received and understood this notice.

I have been notified of my rights as a hospital inpatient and that I may appeal my discharge by contacting my QIO.

Self Relationship

Printed Name of Patient or Authorized Representative Patient Signature or Authorized Representative Date/Time

You have the right to get Medicare information in an accessible format, like large print, Braille, or audio. You also have the right to file a complaint if you feel you've been discriminated against. Visit [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), or call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) for more information. TTY users can call 1-877-486-2048.

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number for this information collection is 0938-1019. The time required to complete this information collection is estimated to average 15 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Form CMS 10065-IM (Exp. 12/31/2025)

OMB approval 0938-1019

Durante su proceso de admisión se le hará entrega de un documento conocido como: **Mensaje Importante de Medicare**, es importante lo lea, firme y aclare cualquier duda respecto al documento. Por lo menos 4 horas antes de su alta, se le entregara una copia como recordatorio de sus derechos como paciente hospitalizado.

- ♥ **Transparencia en Precio-** Bajo los requerimientos de los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) y en la búsqueda de ofrecer servicios de más calidad y transparencia a nuestros pacientes se exige transparencia en los precios de los hospitales. Es por esto, que a través de nuestra página web usted podrá ver los cargos estándares para los artículos y servicios en línea en un único archivo digital amigable. Donde usted podrá buscar y comparar precios en los servicios que ofrecemos.

Para más información acceda a: <https://www.cardiovascular.pr.gov/transparencia-de-precios>

- ♥ **No Facturación Sorpresa-** En cumplimiento con la Ley Núm. 134 de 1 de septiembre de 2020, y la *No Surprise Act*, usted será orientado de la cubierta de planes médicos que aceptamos o no, así como, de no tener cubierta de salud se le hará un estimado de costos por servicios antes de ofrecerlos. Esto le permitirá estar orientado y no recibir una factura por servicios no esperados. **De tener alguna duda solicitar al personal de Admisiones orientación respecto a esta ley y como lo protege.**

RESPONSABILIDADES

Medidas de Seguridad y Ambiente de Cuidado

- ♥ El paciente deberá mantener puesto su brazalete de identificación en todo momento.
- ♥ El paciente no debe traer prendas, objetos de valor o dinero a su habitación. La Institución no se responsabiliza por la pérdida de éstos. En caso de emergencia, el paciente puede depositarlos en la Caja de Seguridad de la Institución, comunicándose con el (la) Supervisor (a) General de Enfermería.
- ♥ Existe un sistema de comunicación (timbre) entre cada habitación y la estación de enfermería. Este sistema de comunicación está localizado al lado de la cama y en el baño de la habitación. Debe utilizarlo para comunicarse cuando necesite ayuda.
- ♥ No manipule ni toque las líneas o equipos que tiene colocado en su cuerpo. Llame al(a) enfermero(a) si tiene dudas o necesita ayuda.

Acompañantes en las Habitaciones

- ♥ Se recomienda que los pacientes estén acompañados de algún familiar en todo momento. En áreas de intensivo se observarán las directrices de dichas áreas.
- ♥ Las visitas de menores están autorizadas en la Institución, excepto en las habitaciones de aislamiento y en las Unidades de Intensivos. Ningún menor de 10 años podrá permanecer sin la supervisión de un adulto en ninguna de las áreas de espera de nuestra institución mientras sus acompañantes se encuentren visitando un paciente o facilidad de la Institución. Se solicita que no se traigan más de dos menores a la vez por paciente.
- ♥ Los adultos serán responsables por la seguridad de los menores mientras se encuentren en la Institución.

CONOZCA SOBRE NUESTROS SERVICIOS

En este Manual encontrará información valiosa que le servirá durante su proceso de hospitalización. Por favor, léalas junto a sus familiares y acompañantes de modo que podamos recibir la mayor cooperación de todos y redirigir sus preguntas de manera ágil.

♥ HORARIOS DE VISITAS:

- ♥ **Unidades de Hospitalización General**
10:00 a.m. a 8:00 p.m.
- ♥ **Unidad de Cuidado Intensivo Cardiovascular** (*Tercer Piso*)
12:00m a 1:00p.m. y de 6:00 p.m. a 7:00 p.m.
- ♥ **Unidad de Intensivo Quirúrgico** (*Segundo Piso*)
1:00 p.m. - 2:00 p.m. y de 7:00 p.m. - 8:00 p.m.

Las visitas en las Unidades de Cuidado Intensivo están restringidas a 3 personas a la vez, sin embargo, bajo la **Ley Núm. 106 de 1 de agosto de 2019**, mejor conocida como: Ley de Inclusión de Personas Significativas en las Unidades de Cuidado Intensivo de Adultos, Pediátricos y Neonatales, en las Instituciones de Salud de Puerto Rico. Los familiares con pacientes en Unidades de Intensivo pueden solicitar un horario extendido para permanecer con su familiar hospitalizado hasta un mínimo de 8hrs diarias (pregunte a nuestro personal de enfermería sobre este derecho).

ESTOS HORARIOS PODRÍAN VARIAR ANTE UNA EMERGENCIA O UN EVENTO NO ESPERADO.

- ♥ **SERVICIOS RELIGIOSOS:** La Institución provee servicios de capellanía de diversas denominaciones religiosas a los pacientes que lo soliciten. Los miércoles a las 12:00 pm se celebra una misa católica, y martes y jueves un círculo de oración a las 12:30 pm. Estos servicios se ofrecen en la Capilla ubicada en el segundo piso, para conveniencia de nuestro paciente se transmite en circuito cerrado por el canal 62 la misa y el círculo de oración. Para alguna visita religiosa puede solicitarle a la(al) enfermera(o) del piso o comunicándose a la Oficina de Servicio al Cliente a la extensión 3061.

- ♥ **SALÓN DE LACTANCIA MATERNA:** tenemos disponible un Salón de Lactancia y Cambio de Pañales, disponible a todos nuestros pacientes y visitantes. El mismo está ubicado en el Primer Piso, frente a los auditorios, y disponible los siete (7) días de la semana, 24 horas al día.

Para acceder al salón deberá solicitar las llaves en:

- ♥ El Departamento de Recursos Humanos (Primer Piso) de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 5:00 p.m.
- ♥ Supervisión General – 24 horas de lunes a domingo

- ♥ **SERVICIO DE TELEVISOR:** Para solicitar un televisor, deberá notificarle su interés a la (el) enfermera(o) de piso. Un representante de la compañía de televisión (compañía subcontratada) le visitará para hacer los arreglos pertinentes y cobrar el alquiler del equipo.

La Institución tiene disponible un sistema de circuito cerrado de televisión, por el que periódicamente se presentan vídeos sobre orientación y prevención de condiciones cardiovasculares. Todo paciente que esté interesado podrá tener acceso a esta información a través del Canal 3 de su televisor, libre de costo.

- ♥ **SERVICIO DE CORREO:** Los pacientes tienen derecho a recibir correspondencia durante su estadía en el Hospital. Toda correspondencia deberá seguir el siguiente formato:

Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe
C/O (Nombre del Paciente) Habitación # _____
PO Box 366528
San Juan, Puerto Rico 00936-6528

Por otra parte, si el paciente desea enviar correspondencia fuera del Hospital podrá hacerlo siempre y cuando el sobre contenga el sello correspondiente.

OTROS SERVICIOS DISPONIBLES PARA LOS PACIENTES

- ♥ **Centro de Imágenes**

Ofrece servicios de radiología diagnóstica, *CT* con capacidad bariátrica, estudios especializados y coronarios, fluoroscopias, arteriogramas, venogramas y radiografías en general. Se ofrecen servicios ambulatorios tales como:

- ♥ **Laboratorio No Invasivo**

Este ofrece los servicios de Electrocardiogramas, *Holters*, Pruebas de Esfuerzo, Ecocardiogramas Transesofágicos y Transtorácicos de dos dimensiones, *M-Mode*, *Doppler* y *Color Flow*, y pruebas electrofisiológicas no invasivas, tales como la Mesa de Inclinación (*Head-up Tilt Test*), entre otros. Se ofrecen servicios ambulatorios y se aceptan los principales planes médicos.

- ♥ **Laboratorio de Medicina Nuclear**

Ubicado en el Sótano (Piso G) de la Institución, cuenta con los más avanzados equipos para realizar los distintos estudios de Medicina Nuclear. Entre las pruebas que se realizan diariamente en el Laboratorio se encuentran: estudios de perfusión miocárdica (*Sestamibi Stress Test*, *Muga Scan*, *Bone Scan*, *V/Q Scan Gallium Scan*, *Hida Scan*, *Renal Scan*). Se ofrecen servicios a pacientes hospitalizados y ambulatorios y se aceptan los principales planes médicos.

Para información y/o coordinar sus citas en Nuestro Centro de Imágenes puede comunicarse al 787-754-8500 exts. 1101,1102, 1103 o 1244 de lunes a viernes de 7:00 am - 4:00 pm.

De igual manera contamos con código QR para coordinar su cita en Nuestro Centro de Imágenes.



♥ **Laboratorio Invasivo**

Aquí se realizan cateterismos cardiacos, arteriografías, angioplastias (PTCA), valvulotomías, estudios de radiografía invasivos, estudios electrofisiológicos invasivos, arterioectomías rotacionales (*Rotablaters*) y se insertan soportes arteriales (*Stents*), entre otros. Se ofrecen servicios ambulatorios. **Para más información comuníquese a las extensiones 1113 o 1104.**

♥ **Servicios de Trabajo Social y Planificación de Altas**

Estos están disponibles en horario regular de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:30 p.m., para atender a todos los pacientes y sus familiares con situaciones sociales que afectan su tratamiento médico y de rehabilitación. Se ofrece orientación y ayuda en la coordinación con diferentes agencias comunitarias privadas y gubernamentales, así como los servicios especiales que el paciente pueda necesitar para retornar a su hogar y asegurar así una continuidad en el cuidado. Para más información comuníquese al **787-754-8500 extensiones: 1066, 1065, 1070, 1069, 1067, 1068, 1029.**

♥ **Terapia Respiratoria**

En este Departamento, ubicado en el tercer piso de la Institución, se ofrecen los servicios de terapia respiratoria y los del Laboratorio de Función Pulmonar. Entre esos servicios están nebulización simple, presión positiva, terapia física de pecho con drenaje postural y vibración, ejercicios correctivos, oxigenoterapia y gases arteriales. **Para más información comuníquese al 787-754-8500 extensión 3010.**

♥ **Departamento de Servicio de Alimentos y Nutrición**

Este Departamento cuenta con los servicios de dietistas clínicas(os) licenciadas(os) para estimar la necesidad nutricional de los pacientes hospitalizados, así como, orientar a paciente y familia referente a la dieta ordenada por el médico. Se ofrece servicio de alimentos a familiares en la habitación del paciente (*Room Service*) a un costo módico, si el **cuidador** no desea dejar a su familiar solo.

Este departamento cuenta con servicio de cafetería para el público en general y su horario es de **6:00 a.m. a 8:00 p.m.** Para comunicarse, favor comuníquese al **787-754-8500 extensiones 1017, 1019, 1021, 1022 o 1023.**

♥ **Clínica de Cardiología Pediátrica**

Localizada en el primer piso de la Institución. Para más información y citas comuníquese al **787-754-8500 extensiones 1228, 1240, y 1245.**

♥ **Departamento de Información de Salud**

El Departamento de Manejo de Información de Salud es un servicio de apoyo, cuyo propósito principal es contribuir a la calidad del cuidado al paciente a través del desarrollo y mantenimiento de un sistema de expediente médico centralizado y completo. Este sistema también provee información clínica que servirá para ayudar en las metas y actividades de la Institución. Este departamento desempeña un papel esencial en la gestión, protección y uso adecuado de la información clínica y administrativa de los pacientes, como:

- ♥ **Gestión de expedientes médicos:** Responsable de la creación, mantenimiento, organización y custodia de los expedientes clínicos de los pacientes, asegurando su integridad, confidencialidad y disponibilidad para el personal autorizado.

- ♥ **Codificación y clasificación de diagnósticos:** Encargado de codificar y clasificar los diagnósticos y procedimientos médicos utilizando sistemas estandarizados, lo cual es fundamental para la facturación, estadísticas de salud y estudios epidemiológicos.
- ♥ **Cumplimiento con regulaciones de privacidad:** Debe garantizar que el manejo de la información de salud cumpla con las leyes y regulaciones aplicables, protegiendo la privacidad y los derechos de los pacientes.
- ♥ **Apoyo a la investigación y planificación:** Proporciona datos y análisis que apoyan la investigación médica, la planificación de servicios de salud y la toma de decisiones clínicas y administrativas.

Luego del alta, el paciente o su representante autorizado puede asistir al Departamento y llenar su solicitud de copia del expediente.

El horario para este servicio es:

Lunes - 8:30 am a 1:00 pm
Miércoles - 8:30 am a 3:30 pm

Martes - 8:30 am a 1:00 pm
Jueves - 8:30 am a 1:00 pm

De igual manera puede realizar su solicitud de copia del expediente a través del correo electrónico: solicitudinformacionrm@cardiovascular.pr.gov

♥ **Programa de Servicios al Cliente**

Para asegurar la continuidad en la calidad de los servicios que ofrece nuestra Institución, el Programa de Servicio al Cliente servirá de apoyo a los pacientes, a sus familiares y visitantes, brindando orientación sobre las facilidades y servicios durante su estadía en la Institución. Además, el Coordinador de Servicio al Cliente servirá de enlace entre el cliente y el departamento concerniente, en caso de surgir alguna queja o querrela. Para más información, puede comunicarse al **787-754-8500** extensiones **3059** o **3061** (Departamento de Programas Institucionales).

♥ **Programa de Trasplante**

El Programa de Trasplante de Corazón sirve a la población de pacientes con fallo cardíaco en etapa terminal, colaborando en su diagnóstico y tratamiento. La opción de trasplante de corazón se considera en aquellos pacientes en que la terapia de medicamentos y cirugía convencional ya no son opciones. La oficina está localizada en el Segundo piso. Para más información puede comunicarse al **787-754-8500** extensiones **2280** y **1283**.

♥ **Oficial de Cumplimiento Corporativo**

La institución está comprometida en cumplir con todas las leyes y regulaciones que aplican, incluyendo aquellas diseñadas para prevenir y disuadir el fraude, despilfarro y abuso. Si usted conoce sobre alguna situación donde un empleado, contratista, socio de negocio o cualquier otra persona, ha incurrido en posibles violaciones a las leyes, reglamentos, fraude u otras conductas constitutivas de corrupción

gubernamental en el servicio público, tiene la responsabilidad de notificarlo inmediatamente y el derecho a reportar la situación.

La misma puede someterse personalmente y de manera confidencial visitando la Oficina de Cumplimiento, ubicada en el tercer piso, o a través de correo postal, correo electrónico o por teléfono, a:

Dirección postal:

P.O. Box 366528
San Juan, PR 00936 – 6528

Línea Telefónica:

787-754-8500 ext. 3013

Línea Directa de Alerta (HOTLINE):

787-754-8500 ext. 4003

Email:

cumplimiento@cardiovascular.pr.gov

También puede comunicarse directamente a la Oficina del Inspector General (OIG) del **Departamento de Salud Federal al:**

1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477)

Fax: 1-800-223-8164

TTY: 1-800-377-4950



www.cardiovascular.pr.gov/programas/programa-de-cumplimiento-corporativo

♥ **Facultad Médica**

La Institución cuenta con una Facultad Médica compuesta por más de 200 facultativos, entre los cuales se destacan cardiólogos, internistas, pediatras, cirujanos cardiovasculares y especialidades de gran prestigio profesional. Estos poseen privilegios para brindar sus servicios a nuestros pacientes.

Si usted tiene alguna pregunta relacionada con nuestra Facultad Médica puede llamar al director Médico a la extensión 3018 o visitar nuestra página de Internet:



www.cardiovascular.pr.gov/facultad-medica

♥ **DEPARTAMENTO DE ADMISIONES**

Ofrece servicios de lunes a viernes de 6:00 a.m. a 5:00 p.m. Los sábados, domingos, días feriados y fuera de las horas laborables todos los servicios de admisiones serán procesados en la Sala de Emergencia Especializada Cardiovascular Adulto, la cual ofrece servicio las 24 horas.

♥ ADMISION ELECTIVA

Toda admisión que se realice de forma programada, sin mediar una emergencia, será catalogada como una admisión electiva. En estos casos, el paciente realizará la preadmisión y el día establecido pasará por el Departamento de Admisiones, ubicado en el primer piso de la Institución, para completar el proceso. Allí se le colocará la banda de identificación y será acompañado por un escolta a la habitación asignada. Todos los departamentos involucrados en el tratamiento, diagnóstico y cuidado del paciente, así como, los que le dan seguimiento al expediente clínico, son notificados sobre la admisión.

¿Qué debe traer el paciente el día de su admisión?

- ❖ Depósito requerido (si aplica)
- ❖ Estuche (*Kit*) de admisiones
- ❖ Efectos personales mencionados por la/el enfermera/o en el proceso de preadmisión, de acuerdo con el tipo de hospitalización.

♥ ADMISIONES DE EMERGENCIA

Todos los casos de emergencia cardíaca de adultos son atendidos directamente a través de la Sala de Emergencias Especializada Cardiovascular de Adulto, localizada en el primer piso de la Institución. En la Sala de Emergencia Especializada Cardiovascular Adulto, personal especializado estabilizará al paciente para luego determinar si se admitirá a alguna de las áreas de cuidado crítico o se referirá al hogar o a otro servicio en la comunidad.

¿Qué es el depósito de admisión?

Al momento de una admisión se evaluará los servicios que están o no cubierto de acuerdo con su plan médico de igual manera si no tuviera cubierta o plan médico, el personal de admisiones le orientará de cualquier depósito y factura a pagar para cubrir los servicios durante su estadía en el hospital. Si este depósito no cubre completamente la estadía del paciente, la diferencia deberá ser pagada al momento en que el paciente sea dado de alta. De igual manera, le será reembolsado cualquier sobrante. La Institución acepta las principales tarjetas de crédito como *Visa*, *Master Card* y *American Express*. También acepta tarjetas de débito (ATH) y cheques personales por la cantidad exacta a cobrar, girados a nombre de la Institución. Todo cheque devuelto tendrá un recargo de \$20.00.

♥ PROCEDIMIENTO DE ALTA

- ♥ El paciente será dado de alta una vez el médico determine que está en condiciones de abandonar la institución. Como norma de la Institución, todo paciente deberá desocupar su cama no más tarde de las 11:00 a.m. el día de alta.
- ♥ El personal de enfermería orientará al paciente o representante autorizado respecto al procedimiento a seguir para completar el alta. Se le orientará y darán instrucciones con relación a medicamentos, actividades que pueda realizar, próximas citas y orientación para continuar tratamiento en el hogar, en caso de requerirlo.

- ♥ El día del alta, se le orientará sobre el proceso para completar los trámites de pago y facturación. Una vez completado el proceso el representante autorizado del paciente regresará al piso donde estuvo admitido el paciente y llevará consigo la evidencia del pago o acuerdo de pago, la que entregará al personal de enfermería. En ese momento, se solicitará al escolta que transporte al paciente en sillón de ruedas hasta la salida.

♥ PORTAL DEL PACIENTE

El portal es un sitio web seguro, confidencial y fácil de usar que le proporciona al paciente parte de la información de salud durante su estadía. Luego del alta puede acceder al Portal del Paciente a través de:



<https://patientportal.cardiovascular.pr.gov>

Al Cuidado de su Salud Siempre

PARA PREVENIR ERRORES EN SU CUIDADO

Para evitar errores en su atención médica, asegúrese de hacer preguntas sobre sus medicamentos, pruebas o tratamientos.

¡Es su salud, así que pregunte sobre sus cuidados de salud!

La Comisión Conjunta bajo la iniciativa *Speak Up™* o Hable comparte información importante que le ayuda a como dirigir sus dudas, así como, sus derechos y responsabilidad como paciente. Buscando que su proceso de hospitalización sea uno de la mejor calidad. Le invitamos a visitar el sitio web www.jointcommission.org/speakup, también el hospital comparte esta información en las áreas de espera.

Planificando su Recuperación

- ♥ Pregunte sobre su condición y en cuánto tiempo se sentirá mejor.
- ♥ Pregunte qué actividades diarias podrá realizar, tales como: caminar, subir escaleras, ir al baño, cocinar, conducir el auto, volver al trabajo u otras actividades que usted considere importantes.
- ♥ Pregunte si tiene instrucciones específicas que seguir en su hogar.
- ♥ Pregunte si necesitará ayuda de alguna persona en su hogar.
- ♥ Pregunte qué síntomas o señales tiene que prestar atención y qué hacer si los mismos se presentan.
- ♥ Asegúrese que su hogar está preparado para recibirlo y todo el equipo necesario está instalado.
- ♥ Pregunte a su Manejadora de Casos, Trabajadora Social acerca de lugares donde pueda adquirir algunos equipos.
- ♥ Anote aquellas preguntas que tenga que hacer y hágalas antes de salir del Hospital.
- ♥ Pida a un familiar o persona de su confianza que le acompañe mientras se realiza o revisa el plan de alta.

Cómo Prevenir Caídas

- ♥ Pida orientación sobre:
 1. La habitación
 2. El funcionamiento de la cama y barandas
 3. Cómo utilizar el timbre de la habitación y el baño
- ♥ Siéntese lentamente.
- ♥ Al levantarse hágalo lentamente, antes de caminar para, reducir y evitar mareos o desbalance. solicite ayuda al personal de enfermería, previo a levantarse.
- ♥ Informe al Personal de Enfermería y/o al Facultativo Médico sobre toda condición médica que usted padezca, tales como vértigos, mareos, convulsiones, problemas visuales, auditivos, etc.
- ♥ Solicite ayuda a la estación de enfermería antes de levantarse de la cama, sillón o si necesita ir al baño.
- ♥ Utilice siempre sus espejuelos, audífonos o el equipo de asistencia.
- ♥ No utilice medias para caminar. Utilice calzado apropiado para no resbalar.
- ♥ No utilice mobiliario con ruedas como apoyo para levantarse.
- ♥ Reporte cualquier derrame de sustancia resbalosa al personal de enfermería para la coordinación de la limpieza.
- ♥ Utilice siempre las barandas de seguridad del baño.

Otras medidas a considerar:

- ♥ Mantenga todos sus artículos necesarios al alcance de su mano.
- ♥ Mantenga una buena iluminación en la habitación.
- ♥ Mantenga las barandas superiores elevadas y la cama en posición baja.
- ♥ Mantenga libre de obstáculos el área por donde usted camina.

Tomando estas precauciones, usted como paciente, contribuye a que su cuidado, atención y estadía en la Institución sea una experiencia positiva en un ambiente seguro.

Ayude a prevenir errores en su cuidado como paciente

- ♥ Verifique si firmó el consentimiento de operación o procedimiento. Esto indica que su médico le explicó la cirugía que le van a realizar, las expectativas de la cirugía, al igual que los riesgos y beneficios.
- ♥ El personal de la Institución a cargo de su cuidado verificará quién es usted, qué cirugía se le va a realizar y el lugar de su cuerpo donde se realizará la cirugía. Estas preguntas se le realizarán varias veces. El personal también verificará lo que usted dice con el expediente médico.
- ♥ Antes de pasar al área preoperatoria se le solicitará quitarse hebillas, lentes de contacto, espejuelos, dentaduras postizas. Las mismas deben dejarse con un familiar.
- ♥ Dependiendo del tipo de cirugía, su médico u otro miembro del equipo de salud marcará el lugar correcto donde se realizará la cirugía. El marcar el área de la cirugía ayuda a prevenir errores, especialmente si se trata de brazos, piernas, manos, dedos, etc. Asegúrese que sólo se marca el área donde se realizará la cirugía.
- ♥ Antes de recibir un tratamiento recuerde que el personal debe verificar con usted su nombre con los dos (2) apellidos y verificará el número de expediente.
- ♥ Si se someterá a un procedimiento quirúrgico o invasivo, el médico validará el lugar correcto a intervenir (si aplica).
- ♥ En la Sala de Operaciones y antes de comenzar el procedimiento, se realizará el “Detente”, la comprobación de los tres (3) correctos, (paciente correcto, lugar anatómico de procedimiento correcto y procedimiento correcto).
- ♥ Las siguientes medidas se llevarán a cabo para prevenir el riesgo de infecciones post operatorias.
 1. Se le administrará antibiótico antes y después de su cirugía.
 2. Se mantendrá su nivel de azúcar en sangre controlado.
 3. De ser ordenado, se le removerá el vello en el hospital. (No se rasure en su casa).

NORMAS PARA SEGUIR EN BENEFICIO DEL PACIENTE

- ♥ Por la seguridad del paciente, no se permite el uso de teléfonos celulares en estaciones de enfermería, unidades de intensivo, Laboratorio Invasivo, Sala de Operaciones, Laboratorio No Invasivo o Clínica de Evaluación.
- ♥ Está terminantemente prohibido fumar dentro de las instalaciones y áreas limítrofes, de acuerdo con lo establecido en la Ley #40 de 1993.
- ♥ Favor de no traer alimentos ni dulces a los pacientes. La Institución cuenta con servicio de nutricionistas y dietistas que se encargan de preparar la dieta ordenada por el médico a los pacientes. En caso de que exista alguna condición particular que el paciente desee se considere para su dieta, deberá notificarlo a su médico de cabecera, al personal de enfermería o al Departamento de Dietas a la extensión **1019**.
- ♥ No se permite la entrada de armas de fuego, excepto a agentes policíacos. Tampoco se permite la entrada de armas blancas. De ser un agente de orden público deberá notificarlo al personal de seguridad en el área de Registro de Visitantes.

- ♥ Durante su hospitalización se le proveerá de todos los medicamentos ordenados por el médico para su tratamiento. No deberá traer medicamentos a menos que sean autorizados por su médico de cabecera, en cuyo caso deberán ser entregados al personal de enfermería a cargo de su cuidado. Se utilizarán solamente aquellos medicamentos ordenados por el médico y suministrados por la Institución. El paciente tiene la obligación de informar todo medicamento que esté tomando con o sin receta.
- ♥ No se permite a los acompañantes traer camas plegadizas.
- ♥ Todo empleado de la Institución debe estar debidamente identificado. Si tiene dudas sobre la persona que le está ofreciendo servicio, llame al personal de enfermería.
- ♥ La institución no se hace responsable por pérdida de objetos de valor, prendas, dinero, dentaduras postizas, espejuelos, lentes de contacto, aparatos auditivos u otro tipo de prótesis.

PREVENIR INFECCIONES ES IMPORTANTE PARA SU SALUD

Estos cinco pasos pueden ayudarle a prevenir o evitar que se propague una infección. Para prevenir las enfermedades contagiosas como el resfriado común, infección de garganta y la influenza, es importante para todos seguir estos pasos:

- ♥ **LÁVESE LAS MANOS** - Use jabón y agua tibia. Frótese bien las manos durante 20 a 30 segundos. Lave bien las palmas, las uñas y entre los dedos. Si sus manos no están visiblemente sucias, puede limpiarlas con un gel higienizante a base de alcohol.

Lávese las manos antes de:

1. Comer
2. Ir al baño
3. Sacar la basura
4. Cambiar un pañal
5. Visitar un enfermo o
6. Jugar con una mascota

- ♥ **ASEGÚRESE QUE LOS MÉDICOS Y ENFERMERAS SE LAVEN LAS MANOS ANTES DE ATENDERLO** - Los profesionales de la salud entran en contacto con muchas bacterias y virus. De modo que antes de que lo atiendan, pregúntele si se lavaron las manos.

Los profesionales de la salud deben usar guantes limpios para realizar tareas como:

- ♥ Tomar muestras de laboratorio como: sangre, orina, cultivos, etc.
- ♥ Tocar herida, etc.

****No tema preguntarles si deben usar guantes****

- ♥ **CÚBRASE LA BOCA Y LA NARIZ** - Muchas enfermedades se extienden a través de la tos y los estornudos. Cuando estornuda o tose ¡los gérmenes

pueden llegar a más de tres (3) pies de distancia de usted! Cúbrase la boca y la nariz para evitar que la infección se extienda y contagie a otros.

¡Use un pañuelo! Si no tiene un pañuelo desechable cúbrase la boca y la nariz con la parte interna de la articulación del codo. Si utiliza las manos, límpieselas de inmediato.

- ♥ **VACÚNESE PARA EVITAR LAS ENFERMEDADES Y EVITAR QUE SE EXTIENDA LA INFECCION** - Asegúrese de que sus vacunas estén actualizadas; no importa que sea usted un adulto. Pregunte a su médico qué vacunas podría necesitar.

GUÍA PARA UN CORAZON SALUDABLE

Recomendaciones para prevenir enfermedades del corazón:

- ♥ Consuma alimentos **bajos en grasa, colesterol y sodio.**
- ♥ Mida su presión arterial regularmente, valor **normal Sistólica** mm/Hg (número de arriba) **menos de 120**, **Diastólica** mm/Hg (número de abajo) **menos de 80** y notifique a su médico si es mayor de 139/89.
- ♥ No Fume. Si fuma, pida ayuda al **Programa Déjalo Ya**, del Departamento de Salud de Puerto Rico al 1-877-335-2567, www.salud.gov.pr **Este servicio es libre de costo.**
- ♥ Mantenga su peso adecuado a edad, sexo y estatura, manténgase activo físicamente y asista siempre a sus citas médicas.

Valores recomendados:

- ♥ **Glucosa 70- 100mg/dl en ayuna**
- ♥ **Colesterol total menos de 200 mg/dl**
- ♥ **HDL Hombre (Colesterol bueno) de 40-60mg/dl**
- ♥ **HDL Mujer (Colesterol bueno) de 50-60 mg/dl**
- ♥ **LDL (Colesterol malo) menos de 100mg/dl**
- ♥ **Triglicéridos menos de 200 mg/dl**

(Nota: Valores podrían variar según parámetros del laboratorio)

Referencia: 2023♥ <https://www.aace.com>

Donación de Órganos y Tejidos

- ♥ Donar órganos o tejidos es un acto de dar vida a otros. Un solo donante puede salvar o mejorar la calidad de vida de más de 50 personas. Un donante es cualquier persona que en vida expresó su deseo de donar sus órganos o tejidos al momento de fallecer. La determinación de quién se beneficiará de los órganos de un donante incluye urgencia, tipo de órgano requerido, tipo de sangre y otras condiciones vitales.

Si desea ser Donante:

- ♥ Infórmeselo a su familia, médico, abogado, representante religioso
- ♥ Firme una tarjeta de donante de órganos y tejidos
- ♥ Guarde la tarjeta en su cartera
- ♥ Indique su intento de ser donante en su licencia de conducir
- ♥ Indique su deseo de ser donante en su testamento vital o directrices adelantadas.

PLAN DE EMERGENCIA PARA PACIENTES, FAMILIARES Y VISITANTES

Las emergencias catastróficas afectan las organizaciones de servicios de salud y podrán impactar adversamente la seguridad del paciente y la habilidad del hospital para proveer cuidado, tratamiento y servicio. Aunque la mayoría de las emergencias no pueden predecirse, los hospitales pueden planificar como manejarlas.

Estamos comprometidos con su salud y bienestar, aún en tiempos difíciles, es de suma importancia comunicarle a nuestros pacientes, familiares y visitantes algunos aspectos importantes para su conocimiento y tranquilidad:

- ♥ En caso de una emergencia, ya sea por alguna falla eléctrica o un evento atmosférico, contamos con un sistema de apoyo (*Backup*) que permite que todo aquel procedimiento que se esté realizando sea concluido, así como la realización de algún procedimiento de emergencia.
- ♥ Ante un evento atmosférico o una emergencia, todos los procedimientos electivos serán cancelados, así como las Pre-Admisiones, según aplique. Esto será anunciado a través de los medios noticiosos.
- ♥ Las visitas a pacientes serán reducidas o canceladas según la situación lo amerite y será anunciado a través de los medios de comunicación e informado a cada paciente admitido.
- ♥ Ante una emergencia todos los pacientes que tengan que permanecer hospitalizados se mantendrán en lugares seguros y estarán acompañados del personal especializado para brindarle la continuidad en su tratamiento.
- ♥ Se garantiza que todos los pacientes hospitalizados recibirán su terapia de tratamiento según indicada, sus medicamentos y sus alimentos.

MANEJO DE QUEJAS O QUERELLAS DE PACIENTES DURANTE SU ESTADÍA EN EL HOSPITAL

Si usted o su familiar sienten que no se le está ofreciendo o se le ofreció un servicio o tratamiento de calidad, puede presentar su situación al supervisor o el representante administrativo del área. Se procederá a solicitar que nos complete un informe de incidente. Si el evento ocurre fuera del horario regular, se canalizará a través del Gerente General del Departamento de Servicios de Enfermería, en el segundo piso extensión 2049. Si, por el contrario, ocurre de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. de lunes a viernes, se notificará a la Oficina de Programas Institucionales directamente con el **Coordinador de Servicio al Cliente**, con la extensión 3061 o 3059. La evaluación de la situación presentada deberá completarse en o antes de un término de 20 días laborables, prorrogables por justa causa. Una vez finalizada la evaluación el área concerniente comunicará los hallazgos y resultados de la evaluación al paciente afectado, así como las acciones correctivas a tomarse.

PROGRAMA DE SERVICIO AL CLIENTE

El Programa de Servicio al Cliente, a través del/la Coordinador/a, atenderá las necesidades, dudas y preocupaciones de los pacientes y sus familiares durante su estadía en la Institución, haciendo de ésta lo más agradable posible.

Nos gustaría conocer su opinión sobre nuestros servicios.

Es decir:

- ♥ Si los servicios recibidos estuvieron disponibles en un tiempo razonable.
- ♥ Si sus necesidades físicas, espirituales, etc. fueron satisfechas.
- ♥ Si durante su estadía fue tratado con amabilidad, respeto y compasión.
- ♥ Si día a día recibió información de su estado de salud, por parte de los profesionales que lo atendieron.
- ♥ Si al final de su hospitalización logró la recuperación esperada.
- ♥ Si en el momento del alta le ofrecieron información necesaria para el cuidado en el hogar.
- ♥ Si su tratamiento se dio en un ambiente seguro.
- ♥ Si se le orientó sobre su derecho a que se estime y maneje su dolor.

Usted podrá comunicarse con el/la Coordinador/a llamando a las extensiones 3061 o 3059, Programas Institucionales. También puede acceder al correo electrónico – apagan@cardiovascular.pr.gov.

De no encontrarle, podrá dejar un mensaje y él le devolverá la llamada o le visitará lo antes posible.

¿En qué otras situaciones podrás estar en contacto con el Coordinador/a?

- ♥ Diariamente el(a) Coordinador(a) visita a los pacientes para determinar cuán satisfechos están éstos, sus familiares y visitantes con los servicios y la atención recibida en la institución o cómo se pueden mejorar.
- ♥ Visita las Salas de Espera para así poder brindar mayor atención a los pacientes y familiares.
- ♥ Distribuye cuestionarios de satisfacción de servicios a los pacientes que se dan de alta a través de visitas a las habitaciones.

También contamos con buzones de sugerencias en el vestíbulo, segundo, quinto, sexto y séptimo piso, donde usted podrá colocar alguna idea o sugerencia que nos pueda ayudar a mejorar el servicio.

Confiamos en haberle brindado un servicio de excelencia y calidad humana.



Información Adicional

Si el paciente o su representante autorizado,
desea comunicarse con alguna de las siguientes agencias:

Asuntos relacionados a:	Oficina Regulatorio	Dirección	Número Telefónico/Internet
Privacidad y Seguridad	Oficina de Derechos Civiles	US Department of Health and Human Services Jacob Javits Federal Building 16 Federal Plaza- Suite 3312 New York, NY 10278	Libre de Costo:1-800-368-1019 Fax:1-202-6193818 TTD: 1-800-537-7697 Email: ocrmail@hhs.gov
Fraude, Abuso o Despilfarro	Medicare		1-800-633-4227 o (1-800-MEDICARE) TTY:1-877-486-2048 https://www.medicare.gov/forms-help-resources/help-fight-medicare-fraud/how-report-medicare-fraud
Fraude, Abuso o Despilfarro	Medicaid		Oficina del Inspector General Estatal Linea Confidencial 787-679-7979 OIG.pr.gov www.OIG.pr.gov/informa
Carta de Derechos del Paciente	Procurador del Paciente	PO Box 11247 San Juan, PR 00910-2347	787-977-1100 o 787-977-0909 Libre de Costo:1-800-981-0031 TTY:787-977-0915 Fax:787-977-0915
Ley 101	Departamento de Salud-SARAFS		Linea Directa: 787-273-8488, 787-782-0120 ext. 4724 Fax: 787-781-2088
Calidad en el Servicio	Comisión Conjunta (Joint Commission)	Office of Quality and Patient Safety The Joint Commission One Renaissance Boulevard Albrook Terrace, IL 60181	1-800-994-6610 Fax:1-630-792-5636 https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/report-a-patient-safety-concern-or-complaint/
Laboratorio Clínico	CMS-CLIA Laboratory		Libre de costo: 1-877-267-2323 ext. 63531

V. Roque / J.P. Rodz.
Rev. abril de 2025



CENTRO CARDIOVASCULAR
DE PUERTO RICO Y DEL CARIBE
Dr. Ramón M. Suárez Calderón
Somos Todo Corazón

Pregunta sobre
EL PORTAL,
Durante tu estadía!

HOJA DE EVALUACION DE SERVICIOS

Programas Institucionales: *Programa de Servicio al Cliente*

En el Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe queremos saber su opinión sobre los servicios que le ofrecemos. Sus comentarios nos ayudarán a continuar mejorando nuestros servicios. Luego de llenar el cuestionario, favor de depositarlo en cualquiera de los buzones de sugerencias localizados al lado de los ascensores de su piso o al lado del área de recepción en el primer piso.

Seleccione la alternativa que mejor refleja su opinión:

PRE-ADMISIONES: (Registro en admisiones, laboratorios, placa, EKG y anestesia. Considere hora que se citó)

- ♥ El proceso de pre-admisión fue:.....☐Rápido ☐Adecuado ☐Lento
(Menos de 2 horas) (2 a 4 horas) (Más de 4 horas)
- ♥ La atención del personal fue:.....☐Excelente ☐Buena ☐Regular ☐Pobre
- ♥ Le orientaron sobre el proceso de pre-admisión:.....☐SI ☐NO
- ♥ Entendió toda la orientación ofrecida:.....☐SI ☐NO

ADMISIONES: (Proceso incluye: Departamento de admisiones, unidades clínicas, escoltas)

- ♥ El proceso de admisión fue:.....☐Rápido ☐Adecuado ☐Lento
(Menos de 1 hora) (1 a 2 horas) (Más de 2 horas)
- ♥ La atención del personal fue:.....☐Excelente ☐Buena ☐Regular ☐Pobre
- ♥ Le orientaron sobre el proceso de admisión:.....☐SI ☐NO
- ♥ Entendió toda la orientación ofrecida:.....☐SI ☐NO

HABITACION:

- ♥ La habitación estaba limpia al usted llegar.☐SI ☐NO
- ♥ La ropa de cama se cambió diariamente.☐SI ☐NO
- ♥ El equipo en general (TV, botón de llamada, luces, cama, etc.)
funcionó adecuadamente.....☐SI ☐NO
♦ Si marcó (NO) especifique: _____
- ♥ La limpieza del cuarto en general fue.☐Buena ☐Regular ☐Pobre

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

- ♥ El personal que le atendió fue amable:.....☐Siempre ☐Algunas veces ☐Nunca
- ♥ Se mostraron cooperadores e interesados: ☐Siempre ☐Algunas veces ☐Nunca
- ♥ Atendieron con prontitud sus necesidades: ☐Siempre ☐Algunas veces ☐Nunca
- ♥ Le orientaron sobre:

- ♦ su condición:SI ___NO
- ♦ el proceso de cuidado luego del alta:.....SI ___NO
- ♥ Entendió toda la orientación ofrecida:.....SI ___NO
- ♥ Si usted tuvo dolor en algún momento:.....No tuvo dolor___
(Indique si:)
- ♦ se sintió satisfecho en cómo se manejó el dolor:SI ___NO
- ♦ el personal tuvo sensibilidad al manejar su situación:.....SI ___NO
- ♥ La atención del personal de enfermería en el turno de día (7am-3pm) fue:
.....Excelente ___Buena ___Regular___Pobre
- ♥ La atención del personal de enfermería en el turno de tarde (3pm-11pm) fue:
.....Excelente ___Buena ___Regular___Pobre
- ♥ La atención del personal de enfermería en el turno de noche (11pm-7am) fue:
.....Excelente ___Buena ___Regular___Pobre

FACULTAD MÉDICA:

- ♥ Nombre del médico: (Si tiene más de uno indicar los nombres)

- ♥ Su médico le orientó sobre:
 - ♦ su condición:.....SI ___NO
 - ♦ su tratamiento:.....SI ___NO
 - ♦ el proceso de recuperación y cuidado luego del alta:.....SI ___NO
- ♥ Entendió toda la orientación ofrecida:.....SI ___NO ___Una parte
- ♥ Le contestaron todas las preguntas e inquietudes
que usted tenía relacionadas a su condición:.....SI ___NO ___N/A
- ♥ La atención del médico fue:Excelente___ Buena___ Regular___ Pobre

AL MOMENTO DEL ALTA: (Proceso: Orden médica, orientación de enfermería, escolta y pago en el cajero)

- ♥ El proceso del alta fue:.....Rápido ___Adecuado ___Lento
(Menos de 1 hora) (1 a 2 horas) (Más de 2 horas)
- ♥ Se le orientó sobre el proceso de cuidado luego del alta:.....SI ___NO
- ♥ Entendió toda la orientación ofrecida:.....SI ___NO
- ♥ Se siente satisfecho con la orientación ofrecida sobre:
 - ♦ Medicamentos:.....SI ___NO
 - ♦ Tratamiento a seguir en la casa:.....SI ___NO
 - ♦ Actividades que puede realizar:.....SI ___NO
 - ♦ Dieta o alimentación que debe seguir:.....SI ___NO

- ♦ Citas médicas de seguimiento luego del alta:.....__SI __NO
- ♥ Se le coordinaron servicios en la comunidad (si los necesitaba):.....__SI __NO __N/A

OTRO PERSONAL: (Marque aquellos departamentos de los cuales recibió servicio)

- ♥ El personal de los siguientes departamentos atendió con prontitud sus necesidades:
 - ♦ Radiología:.....__Siempre __Algunas veces __Nunca __N/A
 - ♦ Terapia Respiratoria:.....__Siempre __Algunas veces __Nunca __N/A
 - ♦ Terapia Física:.....__Siempre __Algunas veces __Nunca __N/A
 - ♦ Trabajo Social:.....__Siempre __Algunas veces __Nunca __N/A
 - ♦ Escolta:.....__Siempre __Algunas veces __Nunca __N/A
 - ♦ Dieta:.....__Siempre __Algunas veces __Nunca __N/A
- ♥ La atención del personal en los siguientes departamentos fue:
 - ♦ Radiología:.....__Excelente __Buena __Regular __Pobre __N/A
 - ♦ Terapia Respiratoria:.....__Excelente __Buena __Regular __Pobre __N/A
 - ♦ Terapia Física:.....__Excelente __Buena __Regular __Pobre __N/A
 - ♦ Trabajo Social:.....__Excelente __Buena __Regular __Pobre __N/A
 - ♦ Escolta:.....__Excelente __Buena __Regular __Pobre __N/A
 - ♦ Dieta:.....__Excelente __Buena __Regular __Pobre __N/A

OTROS ASUNTOS:

- ♥ Sus visitas fueron atendidas con cortesía:.....__SI __NO __N/A
- ♥ Sus necesidades emocionales/espirituales fueron atendidas:.....__SI __NO __N/A
- ♥ Su privacidad y confidencialidad fue guardada y respetada durante su hospitalización:.....__SI __NO
- ♥ Sus quejas, inquietudes o sugerencias fueron atendidas durante su hospitalización:.....__SI __NO __N/A
 - Las mismas se atendieron con prontitud:.....__SI __NO __N/A
- ♥ Considera que el Centro Cardiovascular provee un ambiente de seguridad y protección para sus pacientes:.....__SI __NO
 - Si contestó (NO) explique:_____
- ♥ Está satisfecho con el tratamiento recibido en el Centro:.....__SI __NO
- ♥ Recomendaría el Centro Cardiovascular de P. R. y del Caribe a otras personas:.....__SI __NO

DURANTE MI ESTADIA RECIBI SERVICIOS EN LAS SIGUIENTES

AREAS CLINICAS: (Puede marcar más de una alternativa)

☐ Clínica de Evaluación (1er piso)	☐ Intensivo Cardiovascular (3er piso)
☐ Laboratorio No Invasivo (1er piso)	☐ Unidad Intermedio Medico
☐ Laboratorio Invasivo (2do piso)	☐ Quirúrgico (5to piso)
☐ Intensivo Quirúrgico (2do piso)	☐ Unidad de Cirugía (6to piso)
☐ Sala de Operaciones (2do piso)	☐ Unidad de Medicina (7mo piso)

DATOS PERSONALES:

Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino

Edad: ☐ 0-5 años (padres) ☐ 6-15 años ☐ 16-30 años
☐ 31-45 años ☐ 46-64 años ☐ 65 años o más

Tiempo que estuvo hospitalizado:

☐ 1 día o menos ☐ 2-4 días
☐ 5-9 días ☐ Más de 10 días

OPCIONAL:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fecha de Admisión: _____

Fecha de Alta: _____

Número de habitación o piso (al momento del alta): _____

Comentarios o sugerencias: _____

Si desea comunicarse con el **Coordinador de Servicio al Cliente** favor llamar al:

TEL. 787-754-8500, ext. 3059 o 3061.

También puede acceder al correo electrónico - apagan@cardiovascular.pr.gov

Confiamos en haberle brindado un servicio de excelencia y calidad humana.

¡Gracias por seleccionarnos como su hospital!



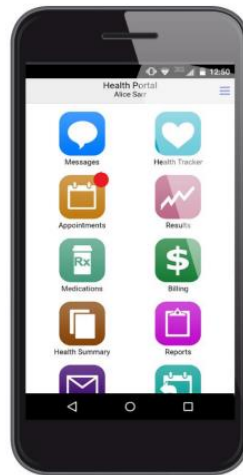
Inscripción Sensilla

- Proveyó un correo electrónico en su visita al hospital.
- Entonces recibirá correo electrónico y haga clic al enlace del portal.
- Y siga las instrucciones, seleccione un nuevo usuario y contraseña. Recuerde no comparta esta información, de olvidar su contraseña puede actualizarla a través de la misma aplicación.
- Visita las tiendas de Apple o Google y descargue la aplicación MHealth.
- De aun confrontar situaciones solicite el acceso al Portal a través de Manejo de Información, Ext. 1038,1063, 1099.

¡Conéctate!

A través de su teléfono Móvil

Acceda su información desde su teléfono



Contáctenos:

(787) 754-8500 Ext. 1038,1099,1063

cardiportal@cardiovascular.pr.gov

AVE. Américo Miranda Entrada Centro Medico



Portal del Paciente de Salud



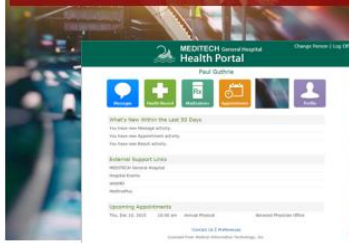
➤ EXPLORE PORTAL!

Autorizado por la oficina del contralor Electoral OCE-SA-2023-00220

**Centro Cardiovascular
De Puerto Rico y Del Caribe**

MEDITECH

Cómo funciona El Portal del Paciente



DISPONIBLE A TU CONVENIENCIA

Entendemos que tu tiempo es valioso. El Portal simplifica las tareas que requieren mucho tiempo... unos pocos clics y listo.

Tendrá acceso a todos los servicios que reciba dentro de la Corporación del Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe.

TU ELIGES EL CUANDO Y DONDE

Acceda fácilmente a tu portal desde un dispositivo móvil. Simplemente descarga la aplicación MHealth desde "Apple Store" o "Google Play" e inicie sesión usando tus credenciales del portal.

Tendrás la información 24 horas al día, 7 días a la semana, sin esperas.

Mantén informados a las personas más importantes y a sus proveedores de salud.

Toda su información en un mismo lugar

El Portal del Paciente es una herramienta en línea que va un paso más allá de simplemente mostrar información, y lo ayuda a administrar su información de salud y servicios de atención médica de manera fácil y segura.

A través del Portal podrás acceder a:

- ➔ **INFORMACION DE SALUD**
Resultados de Laboratorios
Reporte de Radiología
Historial de Visitas
Instrucciones al Alta
Resumen de Salud
- ➔ **ALERGIAS Y MEDICAMENTOS**
Alergias y Condiciones Vacunas
Medicamentos con Instrucciones
- ➔ **CITAS**
Ver Citas Programadas



Preguntas frecuentes:

¿DE DÓNDE PROVIENE MI INFORMACIÓN DE SALUD EN EL PORTAL?

Toda la información del Portal proviene de tu Expediente Médico Electrónico de la Corporación Del Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe. Garantizando que tenga acceso a la información lo más precisa y actualizada posible.

¿COMO INICIO SESION EN EL PORTAL?

1. En su visita a nuestras facilidades se le solicitará un correo electrónico (seguro) que quiera registrar a través del Portal y al cual tengas acceso.
2. Una vez registrado, recibirá un correo electrónico de bienvenida bajo la dirección de phmno-reply donde le indicaran las instrucciones a seguir.
3. Una vez reciba el correo electrónico de bienvenida al portal, debe suscribirse en o antes de 36 horas de haber recibido este correo. De haber pasado las 36 horas, debe comunicarse al Departamento de Información de Salud al 787-754-8500 ext. 1038,1099,1063 para reestablecer su correo de bienvenida y así poder restablecer el acceso.
4. Una vez accedió al portal, se le asignará un usuario y contraseña temporero que deberá cambiar siguiendo las instrucciones de la aplicación.

¿MI FAMILIA PUEDE ACCEDER A MI PORTAL?

Sí, puedes dar acceso a tu Portal a miembros de tu familia (padres o apoderados de atención). Siempre y cuando entienda conveniente hacerlo.

¿MI INFORMACION ESTA SEGURA?

Sí. La contraseña del portal está cifrada, como medida adicional de seguridad luego de cierto tiempo de inactividad en el portal este cerrará la sección. En este caso deberá reiniciar la sección de entenderlo necesario.

¿QUE PASA SI TENGO PROBLEMAS TECNICOS CON EL PORTAL?

Hay una sección en la página de inicio que le permite enviar cualquier pregunta.