DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Vacuna contra la COVID-19:

Lo que necesita saber

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Muchas de las hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y otros idiomas. Consulte www.immunize.org/vis

1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna contra la **COVID-19** puede prevenir **la COVID-19**. La vacuna puede ayudar a reducir la gravedad de la COVID-19 si se enferma.

La COVID-19 es causada por un coronavirus llamado SARS-CoV-2 que se propaga fácilmente de una persona a otra. La COVID-19 puede ser de leve a moderada, durar solo unos pocos días, o ser grave y requerir hospitalización, cuidados intensivos o un respirador para ayudar con los problemas de respiración. La COVID-19 también puede causar la muerte.

Los síntomas de la COVID-19 pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus. Una persona puede presentar síntomas leves, moderados o graves.

- Los síntomas pueden incluir fiebre, escalofríos, tos, falta de aire o dificultad para respirar, fatiga (cansancio), dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida del gusto o del olfato, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas, vómitos y diarrea.
- Los síntomas más graves pueden incluir dificultad para respirar; dolor o presión persistente en el pecho; confusión nueva; incapacidad para despertarse o mantenerse despierto; y piel, labios o lechos ungueales pálidos, grises o azules (según el tono de la piel).

Los adultos mayores y las personas de cualquier edad con ciertas afecciones médicas subyacentes (como enfermedad cardíaca o pulmonar, o diabetes) tienen más probabilidades de enfermarse gravemente con la COVID-19.

Después de la enfermedad de la COVID-19, algunas personas presentan COVID prolongada, una afección crónica con síntomas que duran 3 meses o más. Los síntomas de la COVID prolongada pueden mejorar, empeorar o permanecer iguales.

Las personas que están al día con sus vacunas contra la COVID-19 tienen menos riesgo de enfermarse gravemente, de ser hospitalizadas o de morir por la COVID-19 que las personas que no se han vacunado. Vacunarse contra la COVID-19 es la mejor manera de prevenir la COVID prolongada.

Recibir una vacuna contra la COVID-19 ayuda al cuerpo a aprender cómo defenderse de la enfermedad y reduce el riesgo de presentar enfermedades graves y complicaciones. Además, las vacunas contra la COVID-19 pueden ofrecer protección adicional a las personas que ya han tenido la COVID-19, incluida la protección contra la hospitalización si vuelven a infectarse de la COVID-19.

2. Vacuna contra la COVID-19

Se recomienda la vacuna actualizada contra la COVID-19 para 2024–2025 para todas las personas de 6 meses o más. Esta recomendación incluye a las mujeres que están embarazadas, amamantando, intentando quedar embarazadas ahora o que podrían quedar embarazadas en el futuro.

Las vacunas actualizadas contra la COVID-19 para 2024–2025 para lactantes y niños de 6 meses a 11 años están disponibles bajo la autorización de uso de emergencia de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos) de los EE. UU. Consulte las hojas informativas para las personas que reciben la vacuna y para los cuidadores a fin de obtener más información.

Para las personas de 12 años o más, las vacunas actualizadas contra la COVID-19 para 2024–2025, fabricadas por ModernaTX, Inc. o Pfizer, Inc., están aprobadas por la FDA.

La vacuna contra la COVID-19 adyuvada con Novavax (fórmula 2024–2025) está disponible bajo la autorización de uso de emergencia de la FDA para personas de 12 años o más. Consulte la hoja informativa para las personas que reciben la vacuna y para los cuidadores a fin de obtener más información.

- **Se recomienda que todas las personas de 6 meses o más** reciban una vacuna actualizada contra la COVID-19 para 2024–2025, que esté autorizada o aprobada por la FDA y que sea adecuada según la edad.
- **Ciertas personas, como aquellas que tienen afecciones médicas o que están tomando medicamentos que afectan el sistema inmunitario,** pueden necesitar dosis adicionales de la vacuna contra la COVID-19. Su proveedor de atención médica puede aconsejarlo.

CDC U.S. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

3. Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que recibe la vacuna:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de recibir una dosis previa de la vacuna contra la COVID-19** o si ha tenido cualquier **alergia grave y potencialmente mortal.**
- Ha tenido **miocarditis** (inflamación del músculo cardíaco) o **pericarditis** (inflamación del revestimiento fuera del corazón).
- Ha tenido **síndrome inflamatorio multisistémico** (denominado MIS-C en niños y MIS-A en adultos)

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacuna contra la COVID-19 hasta una visita futura.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Las personas con enfermedades moderadas o graves, incluida la COVID-19, usualmente deben esperar hasta recuperarse.

La vacuna contra la COVID-19 se puede administrar al mismo tiempo que otras vacunas.

4. Riesgos de una reacción a la vacuna

- Después de vacunarse contra la COVID-19, puede tener dolor, hinchazón y enrojecimiento en el lugar donde se administra la vacuna, fiebre, cansancio (fatiga), dolor de cabeza, escalofríos, dolor muscular, dolor articular, náuseas, vómitos y ganglios linfáticos inflamados.
- Se han observado miocarditis (inflamación del músculo cardíaco) y pericarditis (inflamación del revestimiento externo del corazón) en raras ocasiones después de vacunarse contra la COVID-19. Estos riesgos se han observado con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes de sexo masculino. La probabilidad de que este escenario se vuelva realidad es baja.

En algunos casos, las personas se desmayan después de procedimientos médicos, incluidas las vacunaciones. Informe a su proveedor de atención médica si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.

Al igual que con cualquier medicina, hay probabilidades muy remotas de que una vacuna cause una reacción alérgica severa, otra lesión grave o la muerte.

V-Safe es un sistema de monitoreo de seguridad que le permite compartir con los Centers for Disease Control and Prevention, CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) cómo se sienten usted o su dependiente después de recibir la vacuna contra la COVID-19. Puede encontrar información e inscribirse en V-Safe en **vsafe.cdc.gov**.

Spanish translation provided by Immunize.org

5. ¿Qué hago si ocurre algún problema grave?

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona vacunada deje la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareo o debilidad), llame al **911** y lleve a la persona al hospital más cercano.

Busque atención médica de inmediato si la persona vacunada tiene dolor en el pecho, falta de aire o sensación de tener latidos rápidos, aleteos o palpitaciones después de vacunarse contra la COVID-19. Estos podrían ser síntomas de miocarditis o pericarditis.

Llame a su proveedor de atención médica si hay otros signos que le preocupan.

Las reacciones adversas se deben informar al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema para reportar reacciones adversas a las vacunas). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en **www.vaers.hhs.gov** o llame al **1-800-822-7967**. *El VAERS es solo para informar sobre reacciones y el personal de VAERS no proporciona consejos médicos.*

6. Programa de compensación por lesiones por contramedidas

El Countermeasures Injury Compensation Program, CICP (Programa de compensación por lesiones por contramedidas) es un programa federal que puede ayudar a pagar los costos de la atención médica y otros gastos específicos de ciertas personas que han sufrido lesiones graves por ciertos medicamentos o vacunas, lo que incluye esta vacuna. En general, se debe presentar una reclamación al CICP dentro de un (1) año a partir de la fecha en que recibió la vacuna. Para obtener más información sobre este programa, visite el sitio web del programa en **www.hrsa.gov/cicp** o llame al **1-855-266-2427**.

7. ¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Visite el sitio web de la FDA para obtener información sobre la COVID-19, prospectos e información adicional en **www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/coronavirus-disease-2019-covid-19/covid-19-vaccines**.
- Comuníquese con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC):
  - Llame al **1-800-232-4636** (**1-800-CDC-INFO**) o
  - Visite el sitio web de los CDC sobre las vacunas contra la COVID-19 en **www.cdc.gov/covid/vaccines/index.html**.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VACUNA CONTRA LA COVID-19

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

LA COVID-19 es la enfermedad causada por la introducción del coronavirus SARS-CoV-2 en el cuerpo humano. Este virus se propaga fácilmente de persona a persona, principalmente a través de las gotitas respiratorias que se producen cuando una persona infectada habla, canta, tose o estornuda. Estas gotitas, muy pequeñas, pueden caer en la boca, la nariz y/o los ojos de las personas que se encuentren cerca, así como a una distancia de entre 1.8 y 3.7 metros de la persona infectada. También puede transmitirse al tocar una superficie contaminada y luego tocarse la cara, los ojos, la nariz, los oídos o la boca.

SÍNTOMAS CLÍNICOS

Los principales síntomas de la COVID-19 son fiebre, boca seca, dificultad para respirar, falta de aire, congestión, pérdida reciente del gusto o del olfato, dolor de pecho, dolor de garganta, secreción nasal, dolores musculares y corporales generalizados, dolor de cabeza, escalofríos repetitivos y confusión. Usted también puede experimentar síntomas similares a los de la gripe, como vómitos, náuseas y diarrea. El período de incubación suele ser de 2 a 14 días, pero puede extenderse hasta 21 días después de la exposición al virus o a una persona enferma. Por lo general, los síntomas aparecen entre 5 y 11 días después. No es necesario estar enfermo ni presentar síntomas para transmitir el virus a otras personas.

¿QUIÉNES NO DEBEN RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 O DEBEN ESPERAR?

Actualmente no se recomienda que estas personas reciban la vacuna contra la COVID-19:

- Fiebre actual o enfermedad actual
- Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) tras una dosis previa de la vacuna contra la COVID-19 o de cualquiera de sus componentes.
- Reacción alérgica grave a cualquiera de los componentes de esta vacuna.
- Las mujeres embarazadas, las que planean quedar embarazadas o las que están en período de lactancia deben consultar a su médico antes de recibir la vacuna.

Si tiene alguna duda o pregunta, consulte a su médico.

EFECTOS SECUNDARIOS CLÍNICOS DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19

Una vacuna, como cualquier medicamento, podría causar problemas graves, como reacciones alérgicas severas. Sin embargo, el riesgo de que una vacuna cause daños graves o la muerte es extremadamente bajo. Hasta la fecha, no se han identificado problemas graves con esta vacuna contra la COVID-19.

Algunos problemas leves incluyen:

- Dolor, enrojecimiento, sensibilidad o hinchazón en el lugar de la inyección o en los ganglios linfáticos del brazo donde se inyectó la vacuna.
- Fiebre, fatiga, dolor de cabeza, náuseas, dolor articular, dolores musculares y escalofríos.

Estos síntomas aparecen dentro de los primeros tres (3) días de la vacunación y se resuelven dentro de 1 a 3 días de su aparición.

La persona que reciba la vacuna será observada durante 15 a 30 minutos después de la inyección para controlar posibles reacciones graves.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VACUNA CONTRA LA COVID-19

INFORMACIÓN SOBRE VACUNAS (HOJAS INFORMATIVAS) PROPORCIONADA AL RESIDENTE/CLIENTE

- **Vacuna Pfizer-BioNTech: Hoja informativa disponible en:**
  https://www.fda.gov/media/167212/download?attachment
- **Vacuna Moderna: Hoja informativa disponible en:**
  https://www.fda.gov/media/167209/download?attachment
- **Vacuna Novavax: Hoja informativa disponible en:**
  https://novavax.widen.net/s/w8gjmhb7s9/us-eua-fact-sheet-hcp

ACEPTACIÓN DE LA VACUNA

☐ He recibido información sobre la vacuna contra la COVID-19 mencionada anteriormente y he sido informado sobre los beneficios y riesgos asociados con la vacuna seleccionada. Por. medio de la presente, autorizo y solicito que se me administre esta vacuna a mí o a la persona designada para firmar en mi nombre.

_____ _____
Firma del Paciente/Residente/Representante Fecha de Firma

_____ _____
Firma del Testigo/Cargo Fecha de Firma

MOTIVO DEL RECHAZO DE LA VACUNA (Razones Médicas o Personales)

☐ He recibido información sobre las vacunas contra la COVID-19 y me he informado sobre los beneficios y riesgos asociados a estas vacunas. Por medio de la presente, **DECLINO** recibir cualquier vacuna contra la COVID-19 por las siguientes razones:

A. Contraindicación(es) médica(s): Marque todas las que apliquen
(Informe al médico sobre su condición médica)

- ☐ Antecedentes previos de reacción severa a la vacuna
- ☐ Enfermedad febril en este momento (Temperatura 101.5*F o 38.6'C)
- ☐ Otras razones personales
- ☐ Especifique: _____

B. Motivo(s) personal(es): Marque todas las que apliquen
(Informe al médico de motivos personales)

- ☐ Ineficacia percibida de la vacuna
- ☐ Miedo a las agujas/inyecciones
- ☐ Miedo a los efectos secundarios
- ☐ Otras razones personales
- ☐ Especifique: _____

_____ _____
Firma del Paciente/Residente/Representante Fecha de Firma

_____ _____
Firma del Testigo/Cargo Fecha de Firma

EVALUACIÓN DE TUBERCULOSIS ACTIVA

NOMBRE DEL EMPLEADO:_____

PREGUNTAS QUE DEBE HACER:

- Historial de los reactores Mantoux positivos
- Nuevo empleado

1. ¿Tos productiva de más de tres (3) semanas de duración? _____Sí_____No

2. ¿Estás tosiendo sangre? _____Sí_____No

3. Fiebre persistente _____Sí_____No

4. ¿Sudores nocturnos empapados? _____Sí_____No

5. ¿Pérdida no planificada de peso?_____Sí_____No

PRUEBAS DE TUBERCULOSIS:

PASO UNO Fecha proporcionada:_____

Hora proporcionada:_____

Sitio_____

Proporcionada por_____

Fabricante:_____

Lote #:_____

Fecha de expiración:_____

Fecha de lectura:_____Hora:_____

Leído por:_____

Resultados:_____MM

PASO DOS Fecha proporcionada:_____

Hora proporcionada:_____

Sitio:_____

Proporcionada por:_____

Fabricante:_____

Lote #:_____

Fecha de expiración:_____

Fecha de lectura:_____Hora:_____

Leído por:_____

Resultados:_____MM

Si se requiere una referencia, indique el nombre del proveedor/clínica a la que se refirió a la persona:___

CONSENTIMIENTO/RECHAZO PARA LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DE LA HEPATITIS B

PATÓGENOS TRANSMITIDOS POR LA SANGRE

He recibido información y comprendo que mi ocupación aumenta el riesgo de exposición a patógenos transmitidos por la sangre, incluido el virus de la hepatitis B (HBV). Esta exposición incluye sangre, fluidos corporales y otros materiales y superficies potencialmente infecciosos. Se me ha explicado el programa de control de la exposición de la institución y comprendo el procedimiento a seguir en caso de un incidente de exposición.

Me han informado sobre los síntomas, los riesgos y las vías de transmisión del virus de la hepatitis B, y que tengo acceso a una vacuna sin costo adicional. He recibido información sobre la vacuna contra la hepatitis B.

Fecha de entrega de VIS:_____

VIS (Declaración de información sobre vacunas): www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis-statements/hep-b.pdf

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B

☐ Doy mi consentimiento para recibir la vacuna contra la hepatitis B. He sido informado/a sobre el método de administración, los riesgos, las complicaciones y los beneficios esperados de la vacuna.

_____ _____

Firma del Empleado Fecha

_____

Nombre completo del Empleado en letra de imprenta

RECHAZO DE LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B

☐ Entiendo que, debido a mi exposición laboral a sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, puedo estar en riesgo de contraer la infección por el virus de la hepatitis B (VHB). Se me ha ofrecido la oportunidad de vacunarme contra la hepatitis B sin costo alguno. Sin embargo, en este momento rechazo la vacunación contra la hepatitis B. Entiendo que al rechazar esta vacuna, sigo estando en riesgo de contraer la hepatitis B, una enfermedad grave. Si en el futuro sigo expuesto laboralmente a sangre u otros materiales potencialmente infecciosos y deseo vacunarme contra la hepatitis B, puedo recibir la serie de vacunación sin costo alguno.

_____ _____

Firma del empleado Fecha

_____

Nombre completo del Empleado en letra de imprenta

REGISTRO DE VACUNACIÓN CONTRA EL HBV

Empleado:_____ Número de identificación del Empleado:___
(Escriba su Nombre Completo/Título)

O Serie anterior de vacunas contra la hepatitis B Fecha:_____
O La vacuna contra la hepatitis B está contraindicada por razones médicas.

☐ **Pre:**Prueba de anticuerpos contra la hepatitis B Fecha:_____ Resultados:_____

☐ **Correo:**Prueba de anticuerpos contra la hepatitis B Fecha:_____ Resultados:_____

VACUNACIÓN CONTRA EL HBV: Dosis #1

Fabricante:_____ Lote #:_____ Fecha de expiración:_____

Ubicación: O Deltoides derecho O Deltoides izquierdo O Muslo anterolateral derecho O Muslo anterolateral izquierdo

Administrado por:_____ Fecha:_____ Hora:_____
(Nombre/Título en letra de imprenta)

¿Reacción adversa? O No O Sí Comentarios:_____

_____ _____
Firma/Cargo de la persona que completa el formulario Fecha

VACUNACIÓN CONTRA EL HBV: Dosis #2 (4 semanas/1 mes después de la dosis #1)

Fabricante:_____ Lote #:_____ Fecha de expiración:_____

Ubicación: O Deltoides derecho O Deltoides izquierdo O Muslo anterolateral derecho O Muslo anterolateral izquierdo

Administrado por:_____ Fecha:_____ Hora:_____
(Nombre/Título en letra de imprenta)

¿Reacción adversa? O No O Sí Comentarios:_____

_____ _____
Firma/Cargo de la persona que completa el formulario Fecha

VACUNACIÓN CONTRA EL HBV: Dosis #3 (5 meses después de la dosis #2)

Fabricante:_____ Lote #:_____ Fecha de expiración:_____

Ubicación: O Deltoides derecho O Deltoides izquierdo O Muslo anterolateral derecho O Muslo anterolateral izquierdo

Administrado por:_____ Fecha:_____ Hora:_____
(Nombre/Título en letra de imprenta)

¿Reacción adversa? O No O Sí Comentarios:_____

_____ _____
Firma/Cargo de la persona que completa el formulario Fecha

VACUNACIÓN CONTRA EL HBV: Dosis de Refuerzo

Fabricante:_____ Lote #:_____ Fecha de expiración:_____

Ubicación: O Deltoides derecho O Deltoides izquierdo O Muslo anterolateral derecho O Muslo anterolateral izquierdo

Administrado por:_____ Fecha:_____ Hora:_____
(Nombre/Título en letra de imprenta)

¿Reacción adversa? O No O Sí Comentarios:_____

_____ _____
Firma/Cargo de la persona que completa el formulario Fecha

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Vacuna contra la hepatitis B:

Lo que necesita saber

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Muchas de las hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y otros idiomas. Consulte www.immunize.org/vis

1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna contra la hepatitis B puede prevenir la **hepatitis B**. La hepatitis B es una enfermedad del hígado que puede causar una enfermedad leve que dura unas pocas semanas, o puede provocar una enfermedad grave de por vida.

- La **hepatitis B aguda** es una enfermedad a corto plazo que puede provocar fiebre, fatiga, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, ictericia (piel u ojos amarillos, orina oscura, deposiciones de color arcilla) y dolor en los músculos, las articulaciones y el estómago.
- La **hepatitis B crónica** es una enfermedad de larga duración que tiene lugar cuando el virus de la hepatitis B permanece en el organismo de una persona. La mayoría de las personas que desarrollan hepatitis B crónica no tienen síntomas, pero aún así es muy grave y puede ocasionar daño hepático (cirrosis), cáncer de hígado y muerte. Las personas crónicamente infectadas pueden contagiar el virus de la hepatitis B a otros, aun cuando ellos mismos no parezcan estar ni se sientan enfermos.

La hepatitis B se contagia cuando la sangre, el semen o algún otro líquido corporal infectado con el virus de la hepatitis B ingresa al organismo de una persona no infectada. Las personas pueden infectarse por:

- Nacimiento (si una mujer embarazada tiene hepatitis B, su bebé puede infectarse)
- Compartir artículos como maquinillas de afeitar o cepillos de dientes con una persona infectada
- El contacto con la sangre o heridas abiertas de una persona infectada
- Tener relaciones sexuales con una pareja infectada
- Compartir agujas, jeringas u otro equipo de inyección de fármacos
- La exposición a la sangre proveniente de agujas u otros instrumentos filosos

La mayoría de las personas vacunadas con la vacuna contra la hepatitis B son inmunes de por vida.

2. Vacuna contra la hepatitis B

La vacuna contra la hepatitis B normalmente se administra en 2, 3 o 4 inyecciones.

Los **bebés** deben recibir su primera dosis de la vacuna contra la hepatitis B al nacer y completarán la serie generalmente a los 6-18 meses de edad. **La dosis de nacimiento de la vacuna contra la hepatitis B es una parte importante para prevenir la enfermedad a largo plazo en lactantes y la propagación de la hepatitis B en los Estados Unidos.**

Cualquier persona de **59 años de edad o menor** que aún no haya recibido la vacuna debe vacunarse.

Se recomienda la vacunación contra la hepatitis B para **adultos mayores de 60 años** con mayor riesgo de exposición a la hepatitis B que no se vacunaron previamente. **Los adultos mayores de 60 años** que no corren un mayor riesgo y no se vacunaron en el pasado también pueden vacunarse.

Es posible administrar la vacuna contra la hepatitis B como vacuna independiente o como parte de una vacuna combinada (un tipo de vacuna que combina más de una vacuna en una inyección).

La vacuna contra la hepatitis B puede aplicarse simultáneamente con otras vacunas.

3. Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que recibe la vacuna:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de recibir una dosis previa de la vacuna contra la hepatitis B** o si ha tenido alguna **alergia severa y potencialmente mortal.**

U.S. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacuna contra la hepatitis B hasta una visita futura.

Las mujeres embarazadas o que están amamantando que no se han vacunado previamente deben vacunarse. El embarazo o período de lactancia no son razones para evitar la vacuna de la hepatitis B.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Las personas con enfermedad moderada o severa usualmente deben esperar hasta recuperarse antes de recibir la vacuna contra la hepatitis B.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

4. Riesgos de una reacción a la vacuna

- Después de la vacunación contra la hepatitis B se puede presentar dolor en el lugar donde se administra la inyección, fiebre, dolor de cabeza y fatiga (sensación de cansancio).

En algunos casos, las personas se desmayan después de procedimientos médicos, incluidas las vacunaciones. Informe a su proveedor de atención médica si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.

Al igual que con cualquier medicina, hay probabilidades muy remotas de que una vacuna cause una reacción alérgica severa, otra lesión grave o la muerte.

5. ¿Qué hago si ocurre algún problema grave?

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona vacunada deje la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareo o debilidad), llame al **9-1-1** y lleve a la persona al hospital más cercano.

Llame a su proveedor de atención médica si hay otros signos que le preocupan.

Se debe informar de las reacciones adversas al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema para reportar reacciones adversas a las vacunas). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en **www.vaers.hhs.gov** o llame al **1-800-822-7967**. *El VAERS es solo para informar sobre reacciones y el personal de VAERS no proporciona consejo médico.*

6. National Vaccine Injury Compensation Program

El National Vaccine Injury Compensation Program, VICP, (Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas), es un programa federal que se creó para compensar a las personas que podrían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas. Las reclamaciones relativas a presuntas lesiones o fallecimientos debidos a la vacunación tienen un límite de tiempo para su presentación, que puede ser de tan solo dos años. Visite el sitio web de VICP en **www.hrsa.gov/vaccinecompensation** o llame al **1-800-338-2382** para obtener información acerca del programa y de cómo presentar una reclamación.

7. ¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Consulte en el sitio web de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos) los folletos informativos de las vacunas e información adicional, en **www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines**.
- Comuníquese con los Centers for Disease Control and Prevention, CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades):
  - Llame al **1-800-232-4636** (**1-800-CDC-INFO**) o
  - Visite el sitio web de los CDC en **www.cdc.gov/vaccines**.

Spanish translation provided by Immunize.org

Formulario de Detección de Inmunidad al Sarampión para nuevos empleados

Nombre de Empleado:_____ **Posición:**_____

Departamento:_____ **Fecha de contratación:**_____

Fecha de la prueba de detección:_____

Presunta Evidencia de Inmunidad al Sarampión

El empleado debe cumplir uno o más de los siguientes criterios para que exista evidencia presunta de inmunidad al sarampión.
Instrucciones: Marque todas las casillas que correspondan y adjunte la documentación justificativa.

□ **Opción 1: Documentación de Vacunación**
El empleado tiene documentación escrita de haber recibido **dos (2) dosis de una vacuna que contiene el virus del sarampión** (por ejemplo, la vacuna MMR).

- Fecha de la primera dosis:_____
- Fecha de la segunda dosis:_____

Documentación revisada y adjunta: □ Sí □ No

□ **Opción 2: Evidencia de Inmunidad mediante Pruebas de Laboratorio**
El empleado presenta evidencia de laboratorio de inmunidad al sarampión, demostrada mediante un resultado positivo en la serología de inmunoglobulina G (IgG) contra el sarampión.

- Fecha de la prueba de laboratorio:_____
- Resultado: □ Positivo □ Negativo □ Equívoco*

*Los resultados equívocos se consideran negativos y no constituyen prueba de inmunidad.
Informe de laboratorio adjunto: □ Sí □ No

□ **Opción 3: Confirmación de la Enfermedad mediante Pruebas de Laboratorio.**
El empleado tiene sarampión confirmado por laboratorio.

- Fecha de diagnóstico:_____

Documentación de laboratorio adjunta: □ Sí □ No

□ **Opción 4: Nacimiento antes de 1957**

El empleado nació antes del 1 de enero de 1957.

- Fecha de nacimiento:_____

Documentación revisada: □ Sí □ No

Determinación de la Detección

Según la documentación revisada, el empleado tiene:

□ **Presunta evidencia de Inmunidad al Sarampión**

□ **No presenta presunta evidencia de Inmunidad al Sarampión.**
Si no se presenta ninguna evidencia de inmunidad, ofrezca la vacuna contra el sarampión recomendada actualmente por los CDC.

Declaración Jurada del Empleado

Certifico que la información y la documentación proporcionadas son veraces y exactas según mi leal saber y entender.

Firma del empleado:_____ **Fecha:**_____

Verificación del Revisor

He revisado la documentación anterior y he verificado el estado de inmunidad del empleado contra el sarampión.

Nombre del Revisor:_____ **Título:**_____

Firma:_____ **Fecha:**_____

Política de Prevención, Identificación, Investigación y Denuncia de Abusos en Residencias de Ancianos

Declaración de Política:

Todos los residentes tienen derecho a estar libres de abuso, negligencia, apropiación indebida de sus pertenencias, explotación, castigo corporal, aislamiento involuntario y cualquier restricción física o química que no sea necesaria para tratar sus síntomas médicos. Esto incluye prohibir que el personal del centro participe en actos que resulten en la degradación de la persona, incluyendo la toma o el uso de fotografías o grabaciones de cualquier manera que degrade o humille a un residente, y prohíbe el uso de cualquier tipo de equipo (por ejemplo, cámaras, teléfonos inteligentes y otros dispositivos electrónicos) para tomar, guardar o distribuir fotografías y/o grabaciones en redes sociales o mediante mensajes multimedia. Los residentes no deben ser objeto de abuso por parte de nadie, incluyendo, pero no limitándose a, el personal del centro, otros residentes, consultores o voluntarios, personal de otras agencias que atienden al residente, familiares o tutores legales, amigos u otras personas.

Será política de este centro implementar procedimientos escritos que prohíban el abuso, la negligencia, la explotación y la apropiación indebida de los bienes de los residentes.

Estos procedimientos deberán incluir la selección y capacitación de los empleados, la protección de los residentes y la prevención, identificación, investigación y denuncia oportuna de abusos, negligencia, maltrato y apropiación indebida de bienes, sin temor a represalias o intimidación.

Selección de empleados:

El centro deberá examinar a todos los posibles empleados para detectar antecedentes de abuso, negligencia, explotación, apropiación indebida de bienes o maltrato a los residentes. El centro no empleará ni contratará a personas que: (i) hayan sido declaradas culpables de abuso, negligencia, explotación, apropiación indebida de bienes o maltrato a residentes por un tribunal; (ii) tengan una anotación en el registro estatal de auxiliares de enfermería relacionada con abuso, negligencia, explotación, maltrato o apropiación indebida de bienes de residentes; o (iii) tengan una medida disciplinaria en vigor contra su licencia profesional por parte de un organismo estatal de concesión de licencias como resultado de una anotación de abuso, negligencia, explotación, maltrato o apropiación indebida de bienes de residentes.

Esto será logrado mediante lo siguiente (incluido el mantenimiento de documentación de dichos resultados):

1. La institución realizará una verificación de antecedentes penales de Iowa y una verificación del registro de abuso de menores de edad/dependientes de adultos a todos los posibles empleados y otras personas contratadas para prestar servicios a los residentes, antes de la contratación, de la manera prescrita en el Código Administrativo de Iowa 481 § 58.11(3). El centro realizará una verificación de antecedentes penales y Verificación del registro de abuso de menores de edad/dependientes de adultos de todos los empleados actuales y demás personas contratadas para prestar servicios a residentes que tengan antecedentes penales o determinaciones fundadas de abuso después de su contratación, o cuando la institución haya recibido información fidedigna de que un empleado ha tenido antecedentes penales o una determinación fundada de abuso con posterioridad a su contratación. Véase el Código de Iowa § 135C.33(7).
2. La institución hará todo lo posible por solicitar y obtener información de empleadores anteriores y/o actuales que pueda ser indicativa de un historial de abuso, negligencia o maltrato a los residentes.
3. Para aquellos posibles empleados y otras personas contratadas para prestar servicios que posean licencias (por ejemplo, administradores, enfermeras, dietistas, terapeutas, etc.), la institución realizará una verificación con las juntas de licencias correspondientes para asegurarse de que no existen medidas disciplinarias vigentes contra la licencia profesional del solicitante por parte de ningún organismo estatal de concesión de licencias como resultado de la constatación de abuso, negligencia, explotación o maltrato de los residentes o apropiación indebida de la propiedad de los residentes.
4. Para aquellos posibles empleados y otras personas contratadas para prestar servicios que posean certificados (por ejemplo, auxiliares de enfermería certificados), la institución realizará una verificación con el registro correspondiente en Iowa, además de en todos los demás estados en los que la persona haya trabajado como auxiliar de enfermería certificado, para asegurarse de que no haya constancia de abuso, negligencia, explotación o maltrato de los residentes ni de apropiación indebida de sus bienes.

Capacitación de Empleados:

Al momento de su contratación inicial, cada empleado recibirá una copia de las políticas y procedimientos de la institución relacionados con los requisitos de identificación y denuncia de abuso. Dentro de los seis meses posteriores a su contratación, cada empleado deberá completar un curso de capacitación inicial de 2 horas impartido por el Departamento de Servicios Humanos de Iowa sobre la identificación y denuncia de abuso de adultos dependientes. Cada empleado completará una capacitación de certificación de 2 horas dentro de los 3 años posteriores a la capacitación inicial y cada tres años a partir de entonces. Véase el Código de Iowa § 235B.16(5)(b); Código de Iowa § 235E.4. Además, todos los auxiliares de enfermería recibirán capacitación inicial y anual para la prevención del maltrato a los residentes.

La capacitación instruirá al personal sobre: (a) actividades que constituyen abuso, negligencia, explotación y apropiación indebida de la propiedad de los residentes; (b) procedimientos para informar incidentes de abuso, negligencia, explotación o apropiación indebida de la propiedad de los residentes; y (c) manejo de situaciones en las que existe un mayor riesgo de que ocurra abuso (es decir, demencia, comportamientos, diagnósticos de salud mental, etc.) y prevención del abuso de los residentes.

Todos los empleados recibirán capacitación anual relacionada con los requisitos de presentación de informes de la Ley de Justicia para Personas Mayores y la obligación de cada empleado de cumplir con los requisitos de presentación de informes de dicha Ley.

Prevención del Abuso:

La institución proporcionará un entorno seguro y de apoyo para todos los residentes en la medida de lo posible, mediante la contratación de personal capacitado y calificado para satisfacer sus necesidades, tal como se identifica en los planes de atención individualizados y en la evaluación de la institución. Se respetará el deseo de los residentes de restringir las visitas y se informará al personal, a los residentes y a los visitantes sobre cómo y a quién pueden comunicar sus inquietudes sin temor a represalias, además de ofrecer retroalimentación a quienes las expresen. La institución publicará un aviso sobre los derechos de los empleados y prohibirá cualquier represalia contra quienes los ejerzan.

La institución identificará, mediante una evaluación continua, las situaciones de alto riesgo en las que pueda producirse abuso, negligencia o apropiación indebida de las pertenencias de los residentes, y proporcionará la intervención adecuada en tales casos. Las situaciones que pueden indicar un mayor riesgo de abuso incluyen, entre otras, comportamientos agresivos verbales, físicos o sexuales, entrar sin permiso en las habitaciones de otros residentes o hurgar en sus pertenencias, antecedentes de comportamientos agresivos, violentos o autolesivos, dificultades de comunicación o la mayor dependencia del personal para su cuidado.

Identificación, Investigacióny Denuncia de Abusos:

El abuso se define de manera diferente según las leyes y regulaciones estatales y federales. A continuación, se presentan definiciones clave que deben considerarse al determinar si un evento constituye abuso.

Definiciones Clave:

El “abuso de adultos dependientes” se define en la ley de Iowa, de conformidad con el Capítulo 235E del Código de Iowa, como:

1. Cualquiera de los siguientes supuestos como resultado de la mala conducta deliberada, la negligencia grave o los actos u omisiones temerarios de un cuidador, teniendo en cuenta la totalidad de las circunstancias:

    a. Una lesión física a, o una lesión que no concuerde con el historial dado de la lesión, o confinamiento irrazonable, castigo irrazonable o agresión a un adulto dependiente que implica una violación de la habilidad, el cuidado y el aprendizaje normalmente ejercido por un cuidador en circunstancias similares. "Agresión a un adulto dependiente" significa la comisión de cualquier acto que tenga como objetivo general causar dolor o lesiones a un adulto dependiente, o que tenga como objetivo general resultar en contacto físico que una persona razonable consideraría insultante u ofensivo, o cualquier acto que tenga como objetivo infundir temor a otro de un contacto físico inmediato que será doloroso, lesivo, insultante u ofensivo, junto con la aparente capacidad de ejecutar el acto.
    b. La comisión de un delito sexual según el capítulo 709 del Código de Iowa o la sección 726.2 del Código de Iowa con o contra un adulto dependiente.
    c. Explotación de un adulto dependiente. Se entiende por "explotación" que un cuidador, a sabiendas, obtiene, utilice, intente obtener para utilizar o se apropie indebidamente de los fondos, bienes, medicamentos o propiedades de un adulto dependiente con la intención de privarlo temporal o permanentemente del uso, beneficio o posesión de dichos fondos, bienes, medicamentos o propiedades en beneficio de otra persona.

d. Negligencia hacia un adulto dependiente. Se entiende por “negligencia hacia un adulto dependiente” la privación de los mínimos necesarios para alimentarse, vivir, vestirse, supervisarse, recibir atención médica física o mental, u otros cuidados necesarios para mantener la vida o la salud física o mental de un adulto dependiente.
e. Explotación sexual de un adulto dependiente por parte de un cuidador, definida como cualquier conducta sexual consensuada o no consensuada con un adulto dependiente por parte de un cuidador, ya sea dentro de una instalación o programa o en un lugar fuera de una instalación o programa.

   La “explotación sexual” incluye, entre otros, los siguientes términos a:
   1. Besarse;
   2. Tocar los senos, la ingle, las nalgas, el ano, el pubis o los genitales, ya sea con o sin ropa;
   3. Un acto sexual según se define en la sección 702.17 del Código de Iowa [cualquier contacto sexual entre dos o más personas por]: penetración del pene en la vagina o el ano; contacto entre la boca y los genitales o por contacto entre los genitales de una persona y los genitales o el ano de otra persona; contacto entre el dedo o la mano de una persona y los genitales o el ano de otra persona (excepto en el curso de un examen o tratamiento por un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermero); eyaculación sobre la persona de otra o por el uso de órganos sexuales artificiales o sustitutos de los mismos en contacto con los genitales o el ano;
   4. La transmisión, exhibición o toma de imágenes electrónicas del pecho, la ingle, las nalgas, el ano, el pubis o los genitales desnudos de un adulto dependiente por parte de un cuidador con un propósito no relacionado con el tratamiento, el cuidado, el monitoreo, la evaluación o el diagnóstico, o como parte de una investigación en curso.

NOTA: Por ley, la "*explotación sexual*" no incluye el contacto físico que forme parte de un examen, tratamiento o cuidado necesario por parte de un cuidador que actúe dentro del ámbito de su práctica o empleo; el intercambio de un breve contacto físico o abrazo entre el adulto dependiente y un cuidador con el propósito de brindar tranquilidad, consuelo o amistad casual; o el contacto físico entre cónyuges o parejas de hecho en una relación íntima.

5. Degradación personal de un adulto dependiente. “Degradación personal” significa un acto o declaración intencional por parte de un cuidador con la intención de avergonzar, degradar, humillar o dañar de otro modo la dignidad personal de un adulto dependiente, o cuando el cuidador sabía o razonablemente debería haber sabido que el acto o declaración causaría vergüenza, degradación, humillación o daño a la dignidad personal de una persona razonable. “Degradación personal” incluye la toma, transmisión o exhibición de una imagen electrónica de un adulto dependiente por parte de un cuidador, cuando las acciones del cuidador constituyen un acto o declaración intencional destinada a avergonzar, degradar, humillar o dañar de otro modo la dignidad personal del adulto dependiente, o cuando el cuidador sabía o razonablemente debería haber sabido que el acto causaría vergüenza, degradación, humillación o daño a la dignidad personal de una persona razonable.

NOTA: Por ley, la "degradación personal" no incluye la toma, transmisión o exhibición de una imagen electrónica de un adulto dependiente con el propósito de denunciar el abuso de adultos dependientes a las fuerzas del orden, al departamento u otra agencia reguladora que supervise a los cuidadores o haga cumplir las disposiciones sobre abuso o negligencia, o con fines de tratamiento o diagnóstico o como parte de una investigación en curso.

"Degradación personal" tampoco incluye la toma, transmisión o exhibición de una imagen electrónica por parte de un cuidador de acuerdo con la política de confidencialidad y las políticas de divulgación de información o consentimiento del centro o programa.

"Cuidador" significa una persona que es miembro del personal de una institución o programa y que proporciona cuidado, protección o servicios a un adulto dependiente de forma voluntaria, por contrato, a través de su empleo o por orden judicial.

El "abuso a los residentes", según las Directrices de Certificación Federal [42 CFR § 483.12 y 42 CFR § 483.5] y el Manual de Operaciones Estatales - Apéndice PP - Guía para Inspectores de Centros de Atención a Largo Plazo, se define de la siguiente manera:

1. "Abuso" significa la causación deliberada de lesiones, el confinamiento injustificado, la intimidación o el castigo que provoquen daño físico, dolor o angustia mental. Esto incluye también la privación, por parte de una persona, incluido un cuidador, de bienes o servicios necesarios para alcanzar o mantener el bienestar físico, mental y psicosocial. Los casos de abuso contra todos los residentes, independientemente de su condición física o mental, causan daño físico, dolor o angustia mental. Esto abarca el abuso verbal, sexual, físico y psicológico, incluido el abuso facilitado o posibilitado mediante el uso de la tecnología.

2. "Intencional" significa que el individuo debe haber actuado deliberadamente, no que deba haber tenido la intención de causar daño o perjuicio.

3. "Explotación" significa aprovecharse de un residente para obtener beneficio personal mediante manipulación, intimidación, amenazas o coacción.

4. El "abuso sexual" es cualquier tipo de contacto sexual no consentido con un residente [sin embargo, véase la definición de explotación sexual del Código de Iowa mencionada anteriormente, que establece que el contacto consentido entre un residente y el personal puede constituir explotación sexual]. El abuso sexual incluye, entre otros:
   - Contactos íntimos no deseados de cualquier tipo, especialmente en los senos o el área perineal;
   - Todo tipo de agresión o abuso sexual, como violación, sodomía y desnudez forzada;
   - Observación forzada de masturbación y/o pornografía; y
   - Tomar fotografías y/o grabaciones de audio/video de contenido sexualmente explícito de uno o más residentes y conservarlas y/o distribuirlas (por ejemplo, publicarlas en redes sociales). Esto incluye, entre otras cosas, desnudez, tocamientos y/o relaciones sexuales con un residente.

El contacto sexual generalmente no es consensuado si el residente:
- Parece desear que se produzca el contacto, pero carece de la capacidad cognitiva para dar su consentimiento; o
- No quiere que se produzca el contacto.

Indicadores de posible abuso sexual además de los informes de residentes y otras personas sobre la ocurrencia de abuso sexual, los posibles indicadores físicos de abuso sexual que requerirían una investigación por parte del centro y del equipo de inspección incluyen, entre otros:
- Hematomas alrededor de los senos, el área genital o la parte interna de los muslos;
- Enfermedad de transmisión sexual inexplicableenfermedades o infecciones genitales;
- Inexplicable sangrado vaginal o anal; y/o
- Ropa interior rota, manchada o ensangrentada.

5. El “abuso físico” incluye, entre otras cosas, golpes, bofetadas, pellizcos y patadas. También incluye el castigo corporal cuando se utiliza para corregir o controlar la conducta, incluyendo, entre otras cosas, pellizcos, nalgadas, bofetadas, golpes o impactos con objetos.

El riesgo de abuso puede aumentar cuando un residente exhibe uno o varios comportamientos que pueden provocar una reacción por parte del personal, otros residentes u otras personas, como por ejemplo:

- Comportamiento verbalmente agresivo, como gritar, maldecir, mandar/exigir, insultar a un grupo racial o étnico, intimidar;
- Comportamiento físicamente agresivo, como golpear, patear, agarrar, arañar, empujar, morder, escupir, hacer gestos amenazantes y lanzar objetos;
- Comportamiento sexualmente agresivo como decir cosas sexuales, tocamientos o manoseos inapropiados;
- Tomar, tocar, o rebuscar entre las pertenencias de otros;
- Entrar sin permiso en las habitaciones/espacios de otras personas; y
- Resistirse a la atención y a los servicios.

Algunos ejemplos de lesiones que podrían indicar maltrato incluyen, entre otras:

- Lesiones que no son accidentales o que no tienen explicación;
- Fracturas, esguinces o dislocaciones;
- Quemaduras, ampollas o escaldaduras en las manos o el torso;
- Marcas de mordeduras, arañazos, desgarres en la piel y laceraciones con o sin sangrado, incluso aquellas que se encuentren en lugares que difícilmente serían consecuencia de un accidente;
- Hematomas, incluidos los que se encuentran en lugares inusuales como la cabeza, el cuello, los lados de los brazos o la parte posterior del torso y el tronco, o hematomas con formas (por ejemplo, huellas dactilares); y
- Lesiones faciales, que incluyen, entre otras, dientes rotos o faltantes, fracturas faciales, ojo(s) morado(s), hematomas, sangrado o hinchazón de la boca o las mejillas.

6. El “abuso psicológico” se define como el uso de conductas verbales o no verbales que causan o pueden causar humillación, intimidación, miedo, vergüenza, agitación o degradación en el residente. El abuso psicológico incluye el abuso facilitado o permitido mediante el uso de tecnología, como teléfonos inteligentes y otros dispositivos electrónicos personales. Esto abarca la posesión y/o distribución de fotografías y grabaciones degradantes o humillantes a través de redes sociales o mensajería multimedia. Esto incluiría, entre otros, fotografías y grabaciones de residentes que contengan desnudez, relaciones sexuales e íntimas, baños, duchas, uso del baño, cuidados perineales (por ejemplo, después de un episodio de incontinencia), incitar al residente a reaccionar, realizar comentarios despectivos dirigidos al residente, mostrar partes del cuerpo como senos o glúteos sin mostrar el rostro del residente, etiquetar las fotos del residente y/o hacer comentarios despectivos, incitar al residente a usar lenguaje inapropiado y mostrar al residente en una posición comprometida.

7. El “abuso verbal” puede considerarse un tipo de abuso psicológico. El abuso verbal incluye el uso de comunicación oral, escrita o gestual, o sonidos, dirigidos a residentes que se encuentren al alcance del oído, independientemente de su edad, capacidad de comprensión o discapacidad.

Algunos ejemplos de abuso mental y verbal incluyen, entre otros:

- Acosar a un residente;
- Burlarse, insultar, ridiculizar;
- Gritar o merodear sobre un residente con la intención de intimidarlo;
- Amenazar a los residentes, incluyendo, entre otras cosas, privar a un residente de atención o impedirle el contacto con familiares y amigos; y
- Aislamiento de un residente de la interacción o actividades sociales.

8. Se entiende por "aislamiento involuntario" la separación de un residente de los demás residentes o de su habitación, o el confinamiento en su habitación (con o sin compañeros de habitación) en contra de la voluntad del residente o de la voluntad de su representante legal.

9. "Maltrato" significa trato inapropiado o explotación de un residente.

10. Se entiende por "negligencia" el hecho de que el centro, sus empleados o proveedores de servicios no proporcionen a un residente los bienes y servicios necesarios para evitar daños físicos, angustia mental o enfermedades mentales.

11. "Apropiación indebida de la propiedad de los residentes" significa la colocación deliberada, explotación o uso indebido, temporal o permanente, de las pertenencias o el dinero de un residente sin su consentimiento. Esto incluye la apropiación indebida o el desvío de los medicamentos de los residentes.

12. "Lesiones de origen desconocido" Una lesión debe clasificarse como una "lesión de origen desconocido" cuando se cumplen las dos condiciones siguientes:

- Nadie observó el origen de la lesión y el residente no pudo explicarla; y
- La lesión resulta sospechosa debido a su extensión o ubicación (por ejemplo, si se encuentra en una zona que generalmente no es vulnerable a traumatismos), al número de lesiones observadas en un momento determinado o a la incidencia de lesiones a lo largo del tiempo.

13. El "contacto físico entre residentes" que se produce, que incluye, entre otros, golpes, bofetadas, pellizcos o patadas, y que resulta en daño físico, dolor o angustia mental, se considera abuso entre residentes. El acoso sexual, la coerción sexual o la agresión sexual entre residentes también se consideran abuso. El centro presumirá que los casos de abuso causan daño físico, dolor o angustia mental a los residentes con discapacidades cognitivas y/o físicas que pueden resultar en que un residente no pueda comunicar daño físico, dolor o angustia mental, a falta de evidencia en contrario. Un ejemplo sería un residente que abofetea a otro residente con discapacidad física o cognitiva; aunque el residente abofeteado no muestre ninguna reacción (por ejemplo, un grito o una mueca), se presume que el residente experimentó dolor.

Los residentes no deben ser objeto de abusos por parte de nadie, incluidos, entre otros, el personal de la institución, otros residentes, consultores o voluntarios, personal de otras agencias que presten servicios al residente, familiares o tutores legales, amigos u otras personas.

Informe:

Todas las denuncias de abuso, negligencia, explotación, maltrato, lesiones de origen desconocido y apropiación indebida de bienes de los residentes deben comunicarse **de inmediato** a la enfermera responsable. Esta última es responsable de informar **de inmediato** las denuncias de abuso al administrador o a su representante designado.

Todas las denuncias de abuso por parte de los residentes deberán ser reportadas al Departamento de Inspecciones y Apelaciones de Iowa a más tardar dos (2) horas después de que se haga la denuncia.

Todas las denuncias por negligencia, explotación, maltrato, lesiones de origen desconocido y apropiación indebida de residentes deberán ser reportadas al Departamento de Inspecciones y Apelaciones de Iowa, no más tarde de **dos (2) horas** después de que se haga la denuncia, si los hechos que causan la denuncia resultan en **lesiones corporales graves**, o no más tarde de veinticuatro (24) horas si los hechos que causan la denuncia involucran negligencia, explotación, maltrato, lesiones de origen desconocido y apropiación indebida, pero no resultan en lesiones corporales graves.

Si existe una sospecha razonable de que la denuncia de abuso también constituye un delito cometido contra el residente por cualquier persona, independientemente de si el presunto autor trabaja o no en la institución, la Ley de Justicia para Personas Mayores exige que el asunto también se denuncie a las autoridades policiales. Si bien las regulaciones federales exigen que todas las denuncias de abuso se denuncien a DIA en un plazo de 2 horas, la Ley de Justicia para Personas Mayores establece un plazo diferente para la denuncia ante la policía o el sheriff. Si la denuncia de abuso (que resulta de un delito) provoca lesiones corporales graves a un residente, se debe presentar una denuncia ante las autoridades policiales en un plazo máximo de **dos (2) horas** después de presentada la denuncia. Si la denuncia de abuso no provoca lesiones corporales graves, se debe presentar una denuncia ante las autoridades policiales en un plazo máximo de veinticuatro (24) horas (véanse los requisitos de la Ley de Justicia para Personas Mayores en la página 9).

Se entiende por “lesión corporal grave” aquella que implica dolor físico extremo; riesgo sustancial de muerte; pérdida o deterioro prolongado de la función de una extremidad, órgano o facultad mental; o que requiere cirugía, hospitalización o rehabilitación física.

Se deberá realizar un informe llamando a la línea directa de informes del Departamento de Inspecciones y Apelaciones al (877) 686-0027, o enviando un correo electrónico al Departamento a HFD_Complaint@dia.iowa.gov ,enviando un informe en línea o enviando un fax al (515) 281-7106.

Si la persona a cargo es el presunto agresor, el miembro del personal deberá denunciar el abuso directamente al Departamento de inmediato, respetando los plazos establecidos anteriormente.

Si las denuncias de abuso de adultos dependientes involucran a un cuidador que no es empleado del centro (por ejemplo, un familiar o un visitante), también se debe presentar un informe de inmediato al Departamento de Inspecciones y Apelaciones de Iowa y al Departamento de Servicios Humanos de Iowa (DHS) llamando al 1-800-362-2178, y se debe enviar la documentación de seguimiento a DIA y al DHS según lo soliciten el DHS o DIA.

Protocolos de investigación

En caso de que se denuncie o se observe un incidente o un presunto incidente de abuso a un residente (según se define anteriormente), el administrador o la persona que éste designe designará a un miembro de la gerencia para investigar el presunto incidente.

El administrador o la persona designada completará la documentación de la denuncia de abuso contra un residente y recopilará cualquier documento de respaldo relacionado con el presunto incidente.

1. Revise la documentación en el expediente del residente (incluida la revisión de la evaluación en caso de lesión del residente).
2. Evalue al residente para detectar lesiones si la denuncia implica abuso físico o sexual;
3. Proporcione las notificaciones adecuadas al proveedor de atención primaria,parte responsable, etc.
4. Intente obtener declaraciones (orales y/o escritas) de todos los testigos conocidos.
5. Si existen pruebas físicas que puedan conservarse, intente hacerlo y guárdelas en un lugar seguro para minimizar el riesgo de que sean manipuladas.

La institución establecerá y mantendrá un entorno que anime a las personas a denunciar los presuntos abusos sin temor a represalias o intimidación.

Tras la investigación, el Administrador o el agente designado será responsable de remitir los resultados al Departamento de Inspecciones y Apelaciones. Este informe escrito deberá enviarse al Departamento en un plazo de cinco días a partir de la fecha del informe inicial.

Protección inicial/inmediata durante la Investigación a la institución:

Al recibir un informe sobre una denuncia de abuso, negligencia, explotación o maltrato a un residente, la institución deberá implementar de inmediato medidas para prevenir que se produzcan nuevos abusos mientras se lleva a cabo la investigación. Si se trata de una denuncia de abuso por parte de un empleado, esto se logrará separando al empleado acusado de abuso de todos los residentes mediante lo siguiente o una combinación de lo siguiente, si es factible: (1) suspender al empleado; (2) aislar al empleado trasladándolo a un área de la institución donde no tenga contacto con ningún residente; y, en casos excepcionales, (3) separar al empleado acusado de abuso del residente presuntamente abusado, pero permitiéndole cuidar y tener contacto con otros residentes, solo si hay un segundo empleado que permanece con el empleado acusado de abuso y lo acompaña en todo momento para supervisar todos los contactos e interacciones con los residentes.

Tras la finalización de la investigación de la institución, si ésta concluye que las acusaciones de abuso a residentes son infundadas, el empleado podrá reincorporarse a sus funciones laborales que impliquen contacto con residentes, pero deberá mantener una separación y no tener contacto con el residente presuntamente abusado. Esto se logrará reasignando al empleado acusado a un área de la insttitución donde no haya contacto entre el empleado acusado y el residente presuntamente abusado. Esta separación deberá mantenerse hasta que el Departamento concluya su investigación y emita los resultados por escrito. **Nota: si DIA determina que <u>hubo</u> abuso (aunque la institución no lo haya corroborado), existe el riesgo de que DIA sancione a la institución con una sanción por riesgo inminente, por permitir que un abusador tuviera acceso a otros residentes mientras se investigaba el caso.**

Ley de Justicia para las Personas Mayores

Si el incidente que da lugar a la investigación provoca lesiones corporales graves a un residente y existe una sospecha razonable de que el incidente fue resultado de un **delito cometido** por cualquier persona, independientemente de si el presunto autor trabaja o no en la institución, la Ley de Justicia para Ancianos exige que el asunto se notifique a las **fuerzas del orden y a DIA** en un plazo de dos (2) horas por todas las personas que tengan conocimiento del asunto. Se considera "lesión corporal grave" aquella que implica dolor físico extremo; riesgo sustancial de muerte; pérdida o deterioro prolongado de la función de un miembro del cuerpo, órgano o facultad mental; o que requiere cirugía, hospitalización o rehabilitación física. En ausencia de lesiones corporales graves, pero con la sospecha razonable de que alguna persona ha cometido un delito, el asunto debe ser denunciado a las autoridades policiales y a la DIA de inmediato, y en ningún caso más de 24 horas después, incluso los fines de semana y días festivos, por todas las personas que tengan conocimiento del asunto. (Nota: Esto no elimina la obligación legal de denunciar todas las acusaciones de abuso a la DIA dentro de las dos (2) horas, incluso si no hay lesiones corporales graves).

Personas Responsables de Denunciar un Delito:

Toda persona que tenga conocimiento del acto delictivo («persona sujeta a la obligación de informar») tiene la obligación independiente de denunciarlo ante las autoridades policiales y a DIA. Varias personas sujetas a la obligación de informar que tengan conocimiento del delito pueden presentar un único informe que incluya información sobre el presunto delito proporcionada por cada una de ellas. Todo informe presentado por varias personas deberá incluir la identificación de todas las personas que lo presenten.

La presentación de un informe individual o colectivo no impide que una persona protegida presente un informe individual por separado, con sus propias palabras, ante DIA y las fuerzas del orden, y la institución no debe impedirlo.

Si, tras la presentación de un informe sobre un incidente concreto o la sospecha de un delito, otras personas amparadas por la ley tienen conocimiento del mismo incidente o desarrollan una sospecha similar basándose en los mismos hechos denunciados, el informe original se complementará con información adicional, incluidos los nombres de dichas personas, junto con la fecha y la hora en que tuvieron conocimiento de dicho incidente o sospecha.

Coordinación con el Programa de Garantía de Calidad y Mejora de Procesos.

Tras una denuncia por presunto abuso, negligencia, apropiación indebida de bienes de los residentes y explotación, el Comité de Garantía de Calidad (QAA) de la institución realizará una revisión para determinar si la investigación fue exhaustiva, si se protegió a los residentes involucrados y si se llevó a cabo un análisis para identificar la causa raíz de la situación y los factores de riesgo que contribuyeron a ella. El Comité de QAA del centro determinará si es necesario implementar medidas sistémicas adicionales para evitar futuras denuncias.

Revisión de la política sobre Abuso de Adultos Dependientes

YO,_____entiendo mi obligación de informar a mi supervisor sobre cualquier posible abuso, según lo definido en la Política de Prevención, Identificación y Denuncia de Abuso de julio de 2024. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y no tengo más dudas sobre el abuso de adultos dependientes.

_____ _____

Firma del Empleado Fecha

Doy fe de haber revisado y analizado exhaustivamente la Política de Prevención, Identificación y Denuncia de Abuso, de julio de 2024, con el empleado mencionado anteriormente. He respondido a todas sus preguntas sobre el abuso de adultos dependientes.

_____ _____

Capacitador Fecha

ASUNTO: Abuso de Adultos Dependientes	PÁGINAS: 1 DE 7
DEPARTAMENTO: ASISTENCIA PARA LA VIDA DIARIA	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 7/2019
Proporcionado por ICAL	REVISADO: 8/2024

Declaración de Política:

Todos los residentes/inquilinos (en adelante, "Residentes") tienen derecho a estar libres de abuso por parte de adultos dependientes, incluyendo lesiones físicas, lesiones que no coinciden con el historial proporcionado de la lesión, confinamiento irrazonable, castigo irrazonable, agresión, comisión de un delito sexual, explotación, negligencia o explotación sexual, según se definen estos términos a continuación.

Será política de esta institución implementar procedimientos escritos que prohíban el abuso contra adultos dependientes.

Estos procedimientos incluirán la selección y capacitación de los empleados, la protección de los residentes y la prevención, identificación, investigación y denuncia oportuna del abuso de adultos dependientes.

Selección de Empleados:

El centro deberá examinar a todos los posibles empleados para detectar antecedentes de abuso, negligencia o maltrato a los residentes. Esto se llevará a cabo mediante lo siguiente (incluido el mantenimiento de la documentación de dichos resultados):

1. La institución realizará una verificación de antecedentes penales de Iowa y una verificación del registro de abuso de adultos dependientes/menores a todos los posibles empleados antes de su contratación, de la manera prescrita en el Código de Iowa 135C.33 y el Código Administrativo de Iowa 481 § 50.9.
2. La institución realizará una verificación de antecedentes penales y una consulta en el registro de abuso de menores o adultos dependientes a todos los empleados actuales que tengan condenas penales o determinaciones fundadas de abuso después de su contratación, o cuando la institución reciba información fidedigna de que un empleado ha tenido una condena penal o una determinación fundada de abuso después de su contratación. Véase el Código de Iowa § 135C.33(7).
3. La institución hará todo lo posible por solicitar y obtener información de empleadores anteriores y/o actuales que pueda indicar antecedentes de abuso, negligencia o maltrato a los residentes.
4. Para aquellos empleados que cuenten con licencia (administradores, enfermeros, dietistas, terapeutas, etc.), el centro realizará una verificación con los organismos de licencias correspondientes para asegurarse de que no existan limitaciones vigentes en el ejercicio de su profesión relacionadas con el abuso, la negligencia o el maltrato de los residentes.
5. En el caso de los empleados que cuenten con certificados (auxiliares de enfermería certificados), el centro realizará una verificación con el registro correspondiente para asegurarse de que no existan antecedentes de abuso, negligencia o maltrato a los residentes.

Capacitación de Empleados:

Al momento de su contratación inicial, a cada empleado se le proporcionará una copia de las políticas y procedimientos de la institución relacionados con la identificación y denuncia de abusos. Dentro de los seis meses posteriores a su contratación, cada empleado deberá completar un curso de capacitación inicial de dos horas impartido por el Departamento de Servicios Humanos de Iowa sobre la identificación y denuncia de abusos a adultos dependientes. Posteriormente, cada empleado recibirá una capacitación de dos horas cada tres años. Véase el Código de Iowa § 235B.16(5)(b); Código de Iowa § 235E.4.

Identificación, Investigación y Denuncia de Abusos:

Las siguientes son definiciones clave que deben tenerse en cuenta al determinar si un evento constituye abuso de un adulto dependiente.

Definiciones clave:

El "abuso de adultos dependientes" se define en la ley de Iowa, de conformidad con el Capítulo 235E del Código de Iowa, como:

1. Cualquiera de los siguientes supuestos como resultado de la mala conducta deliberada, la negligencia grave o los actos u omisiones temerarios de un cuidador, teniendo en cuenta la totalidad de las circunstancias:

    a. Una lesión física, o una lesión que no coincida con el historial dado de la lesión, o un confinamiento irrazonable, un castigo irrazonable o una agresión a un adulto dependiente que implique una violación de la habilidad, el cuidado y el conocimiento que normalmente ejerce un cuidador en circunstancias similares. "Agresión a un adulto dependiente" significa la comisión de cualquier acto que tenga como objetivo general causar dolor o lesiones a un adulto dependiente, o que tenga como objetivo general resultar en un contacto físico que una persona razonable consideraría insultante u ofensivo, o cualquier acto que tenga como objetivo infundir temor a otra persona de un contacto físico inmediato que será doloroso, lesivo, insultante u ofensivo, junto con la aparente capacidad de ejecutar el acto.

b. La comisión de un delito sexual según el capítulo 709 del Código de Iowa [(1) Un acto sexual realizado por la fuerza o contra la voluntad del otro. Si el consentimiento o la aquiescencia del otro se obtiene mediante amenazas de violencia hacia cualquier persona o si el acto se realiza mientras el otro está bajo la influencia de una droga que induce el sueño o está en otro estado de inconsciencia, el acto se realiza contra la voluntad del otro; (2) Dicha otra persona sufre un defecto o incapacidad mental que le impide dar su consentimiento, o carece de la capacidad mental para conocer lo correcto y lo incorrecto de la conducta en asuntos sexuales] o la sección 726.2 del Código de Iowa (incesto) con o contra un adulto dependiente.

c. Explotación de un adulto dependiente. Se entiende por "explotación" que un cuidador, a sabiendas, obtiene, utiliza, intenta obtener para utilizar o se apropia indebidamente de los fondos, bienes, medicamentos o propiedades de un adulto dependiente con la intención de privarlo temporal o permanentemente del uso, beneficio o posesión de dichos fondos, bienes, medicamentos o propiedades en beneficio de otra persona.

d. Negligencia hacia un adulto dependiente. Se entiende por “negligencia hacia un adulto dependiente” la privación de los mínimos necesarios para alimentarse, vivir, vestirse, supervisarse, recibir atención médica física o mental, u otros cuidados necesarios para mantener la vida o la salud física o mental de un adulto dependiente.

e. Explotación sexual de un adulto dependiente por parte de un cuidador, definida como cualquier conducta sexual consensuada o no consensuada con un adulto dependiente por parte de un cuidador, ya sea dentro de una instalación o programa o en un lugar fuera de una instalación o programa.
   La “explotación sexual” incluye, entre otras cosas:
   1. Besarse;
   2. Tocar los senos, la ingle, las nalgas, el ano, el pubis o los genitales, ya sea con o sin ropa;
   3. Un acto sexual según se define en la sección 702.17 del Código de Iowa [cualquier contacto sexual entre dos o más personas mediante: penetración del pene en la vagina o el ano; contacto entre la boca y los genitales o porcontacto entre los genitales de una persona y los genitales o el ano de otra persona; contacto entre el dedo o la mano de una persona y los genitales o el ano de otra persona (excepto durante un examen o tratamiento realizado por un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermero); o mediante el uso de órganos sexuales artificiales o sustitutos de los mismos en contacto con los genitales o el ano.

4. La transmisión, exhibición o toma de imágenes electrónicas del pecho, la ingle, las nalgas, el ano, el pubis o los genitales desnudos de un adulto dependiente por parte de un cuidador con un propósito no relacionado con el tratamiento, el cuidado, el monitoreo, la evaluación o el diagnóstico, o como parte de una investigación en curso.
5. Degradación personal de un adulto dependiente. Se entiende por "degradación personal" un acto o declaración intencional de un cuidador con la intención de avergonzar, degradar, humillar o dañar de cualquier otro modo la dignidad personal de un adulto dependiente, o cuando el cuidador sabía o razonablemente debería haber sabido que el acto o la declaración causarían vergüenza, degradación, humillación o daño a la dignidad personal de una persona razonable.
   La “degradación personal” incluye la toma, transmisión o exhibición de una imagen electrónica de un adulto dependiente por parte de un cuidador, cuando las acciones del cuidador constituyen un acto o declaración intencional con la intención de avergonzar, degradar, humillar o dañar de otro modo la dignidad personal del adulto dependiente, o cuando el cuidador sabía o razonablemente debería haber sabido que el acto causaría vergüenza, degradación, humillación o daño a la dignidad personal de una persona razonable.

NOTA: “Degradación personal” no incluye la toma, transmisión o exhibición de una imagen electrónica de un adulto dependiente con el propósito de denunciar el abuso de adultos dependientes a las fuerzas del orden, al departamento u otra agencia reguladora que supervise a los cuidadores o haga cumplir las disposiciones sobre abuso o negligencia, o con el propósito de tratamiento o diagnóstico o como parte de una investigación en curso.

La “degradación personal” tampoco incluye la toma, transmisión o exhibición de una imagen electrónica por parte de un cuidador de acuerdo con la política de confidencialidad y las políticas de divulgación de información o consentimiento del centro o programa.

“Cuidador” significa una persona que es miembro del personal de una institución o programa y que proporciona cuidado, protección o servicios a un adulto dependiente de forma voluntaria, por contrato, a través de su empleo o por orden judicial.

Investigación:

Todas las denuncias de maltrato a residentes deben comunicarse de inmediato a la enfermera responsable. Esta última es responsable de informar de inmediato sobre dichas denuncias al Director de Enfermería, al Administrador o al representante designado.

En caso de que se denuncie o se observe un incidente o un presunto incidente de abuso a un residente (según se define anteriormente), el administrador o la persona que este designe designará a un miembro de la gerencia para investigar el presunto incidente.

El administrador o la persona designada completará la documentación de la denuncia de abuso contra un residente y recopilará cualquier documento de respaldo relacionado con el presunto incidente.

La investigación deberá incluir la consideración de lo siguiente, según las circunstancias de los alegatos, en su caso:

1. Revisar la documentación completa de la denuncia de abuso a un residente;
2. Revisar el historial médico del residente para determinar los eventos que llevaron al incidente;
3. Si existen indicios de que se ha producido o podría haberse producido una lesión, el Director de Enfermería o la enfermera responsable deberán realizar una evaluación física de inmediato;
4. Se documentará cualquier evaluación física realizada en la historia clínica del residente y se incluirá una copia de esta documentación en el expediente de investigación de abuso;
5. El Director de Enfermería o la enfermera designada notificará al médico tratante del residente sobre el presunto incidente. El familiar o la persona responsable, según conste en el expediente del residente, será notificado del incidente y se le informará sobre el estado de la investigación y las medidas y los informes que se están tomando.
6. Si existe una sospecha razonable de que se ha producido una agresión sexual, se debe notificar al médico tratante para que se organice un examen forense. Además, se retirarán todas las sábanas, ropa y prendas interiores del residente afectado y se guardarán en una bolsa de papel sellada, la cual permanecerá bajo la custodia de una sola persona hasta que se entregue a la policía (para garantizar la cadena de custodia).
7. Entrevistar a la(s) persona(s) que denuncian el incidente y al presunto autor, y documentar las declaraciones de los testigos;
8. Entrevistar a todos los testigos del incidente y documentar todas sus declaraciones;
9. Intentar entrevistar al residente (según corresponda desde el punto de vista médico); si la respuesta del residente es ininteligible, registre esto, junto con observaciones objetivas del residente.
10. Entrevistar a los miembros del personal (de todos los turnos) que hayan tenido contacto con el residente durante el período en que ocurrió el presunto incidente;
11. Entrevistar al compañero de habitación del residente, a los miembros de su familia y a los visitantes, si procede;
12. En los casos en que la acusación involucre a un empleado, entrevistar a otros residentes a quienes el empleado acusado presta cuidados o servicios;
13. En circunstancias en las que la denuncia involucre a otro residente, entrevistar a otros residentes y empleados, cuando corresponda, para determinar si hubo testigos de algún presunto abuso en el que estuviera involucrado el presunto perpetrador; y
14. Repasar todos los hechos que condujeron al presunto incidente.

Se utilizarán las siguientes directrices al realizar las entrevistas:

1. Cada entrevista, de ser posible, se realizará por separado y en un lugar privado; y
2. El propósito de la entrevista se explicará detalladamente a cada persona involucrada en el proceso de selección.

Los informes de los testigos se redactarán por escrito. Se les solicitará a los testigos que firmen y fechen dichos informes. Se deberá conservar una copia de estos informes junto con el expediente de la investigación.

Protección inicial/inmediata durante la investigación de la Institución:

Al recibir un informe sobre una presunta agresión a un adulto dependiente, la institución deberá separar inmediatamente a la presunta víctima del presunto agresor y mantener dicha separación hasta que el Departamento complete la investigación sobre la agresión y determine si se ha producido o no.

Informe:

Si un miembro del personal o empleado debe presentar un informe de conformidad con esta sección, deberá notificar inmediatamente a la persona a cargo o a su agente designado, quien a su vez notificará inmediatamente al Departamento de Inspecciones y Apelaciones de Iowa, y en ningún caso más tarde de **veinticuatro horas, o el siguiente día hábil** cuando un empleado crea razonablemente que un adulto dependiente ha sufrido abuso [481 IAC 52.2(1)(2)]. El informe puede presentarse llamando a la línea directa de denuncias al (877) 686-0027 o enviando un correo electrónico al Departamento a HFD_Complaint@dia.iowa.gov , presentando un informe en línea o enviando un fax al (515) 281-7106.

Si la persona a cargo es el presunto agresor, el miembro del personal deberá denunciar el abuso directamente al Departamento de inmediato, y en ningún caso más tarde de veinticuatro horas **o del siguiente día hábil**.

Tras la investigación, el Administrador o el agente designado será responsable de remitir los resultados de la misma al Departamento de Inspecciones y Apelaciones.

Si las denuncias de abuso de adultos dependientes involucran a un cuidador que no es empleado del centro (por ejemplo, un familiar o un visitante), se debe presentar un informe de inmediato y, en ningún caso, más tarde de veinticuatro horas o el siguiente día hábil después del incidente, al Departamento de Servicios Humanos de Iowa (DHS) llamando al 1-800-362-2178, y se debe enviar la documentación de seguimiento al DHS según lo solicite este.

Si la investigación determina que el presunto abuso de un adulto dependiente o cualquier accidente ha resultado en una lesión grave a un residente, el administrador, el director de enfermería o el representante designado deberá notificar al Departamento de Inspecciones y Apelaciones dentro de las veinticuatro horas o el siguiente día hábil de conformidad con el Código Administrativo de Iowa 481 § 50.7 (RCF) o 481 Código Administrativo de Iowa § 67.4(1)

_____ _____

Firma del Personal Fecha

Política para el Servicio de Reanimación / Reanimación Cardiopulmonar (CPR)

DEFINICIÓN

La reanimación cardiopulmonar (RCP) se define como: Procedimientos mecánicos iniciados para restaurar la vida o la conciencia de una persona aparentemente muerta o cuya respiración, pulso y presión arterial han cesado.

POLÍTICA

- La reanimación cardiopulmonar (CPR) puede proporcionarse o no para el tratamiento de un paro cardiorrespiratorio, según la elección del residente.

Referencia: El formulario que debe completar el residente al momento de su ingreso incluye la definición y la política mencionadas anteriormente, y cuenta con una sección para que el residente indique sus preferencias, así como los acuses de recibo del residente, su familia y el médico. El formulario se encuentra debajo de la portada del expediente del residente.

- En caso de que un miembro del personal sin licencia identifique a un residente que no responde, dicho miembro del personal notificará inmediatamente a la enfermera para que implemente las medidas apropiadas.
- Las enfermeras son responsables de mantener vigente su certificación en CPR. Deben entregar la prueba de ello a la Directora de Enfermería y archivarla en su expediente personal.

RECONOCIMIENTO DEL EMPLEADO DE LA POLITICA CPR

Esta política me ha sido explicada por:_____y reconocer que comprendo plenamente su contenido.

Firma del Empleado:_____ Fecha: :_____

ASUNTO: SERVICIOS DE EMERGENCIA EN CASO DE CESE DE PULSO/RESPIRACIÓN	PÁGINAS: 1 DE 1
DEPARTAMENTO: ASISTENCIA PARA LA VIDA DIARIA	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 2/2019
	REVISADO:

DEFINICIÓN

La reanimación cardiopulmonar (CPR) se define como: Procedimientos mecánicos iniciados para restaurar la vida o la conciencia de una persona aparentemente muerta o cuya respiración, pulso y presión arterial han cesado.

POLÍTICA

Este programa cuenta con una enfermera titulada y autorizada para realizar reanimación cardiopulmonar (CPR). Sin embargo, en ocasiones, es posible que no haya una enfermera disponible en el centro de vida asistida.

Si un inquilino sufre un paro cardíaco o respiratorio, no se le practicará la RCP si muestra signos de muerte irreversible (rigor mortis/livor mortis) o si tiene una orden de no reanimar (DNR).

De lo contrario, se llamará al 911 y el equipo de emergencias del 911 brindará asistencia. El personal no certificado puede realizar RCP según las indicaciones del personal de emergencias.

Si NO desea que se llame al 911 en caso de cese del pulso y/o la respiración, indíquelo a continuación. Si SÍ desea que se llame al 911, usted o la persona responsable deberán proporcionar al equipo del 911 cualquier otra directiva anticipada que tenga.

En caso de que mi respiración o mi pulso cesaran, mi elección sería:

_____ Sí, realice la CPR como se describe anteriormente y/o llame al 911 para recibir asistencia médica adicional.
_____No, no llame al 911 ni realice CPR (orden de no reanimar).

RECONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA ANTERIOR

Esta política me ha sido explicada por_____y reconozco haber comprendido plenamente su contenido.

_____ _____

Firma del Personal Fecha

ASUNTO: RESIDENTE/INQUILINO DESAPARECIDO	PÁGINAS: 1 DE 2
DEPARTAMENTO: CUIDADOS A LARGO PLAZO/VIDA ASISTIDA	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 12/2018
	REVISADO: 9/2021, 28/3/2024

POLÍTICA

Garantizar una respuesta rápida y adecuada por parte del personal y los servicios de emergencia con el fin de mantener la seguridad de los residentes/inquilinos.

PROCEDIMIENTO

En caso de que un residente/inquilino esté desaparecido, se tomarán las siguientes medidas:

- Registrar minuciosamente el edificio. Revise armarios, baños, áreas comunes y cada habitación/apartamento. En la mayoría de los casos de personas desaparecidas, se las encuentra posteriormente dentro del edificio, generalmente en un lugar inesperado.

- Registrar los terrenos inmediatos que rodean el edificio.

- Búsqueda en el campus: Envíe a miembros del personal a pie y en automóvil. Sugiera que el personal que salga de las instalaciones tenga acceso a comunicación por teléfono celular y asegúrese de que la persona a cargo de la búsqueda tenga los números de teléfono de cada empleado que participe en la búsqueda fuera del recinto.

- Notifique al administrador/director y al director de enfermería para que le ayuden en la búsqueda.

Quien esté a cargo de las instalaciones debe presentar un “informe de persona desaparecida” ante la policía.

- Para ello, llame al 911 y esté preparado para dar una descripción precisa del residente/inquilino, incluyendo la ropa que llevaba puesta la última vez que se supo que vestía.

- Cuando llegue la policía, proporcióneles la fotografía utilizada para la identificación del residente/inquilino.

- Cuando sea necesario, el Director de Enfermería deberá llamar al personal que no esté de servicio para que ayude en la búsqueda.

La búsqueda debe organizarse y coordinarse con el departamento de policía. Infórmeles cuántos agentes participan en la búsqueda a pie y en la zona que están rastreando.

ASUNTO: RESIDENTE/INQUILINO DESAPARECIDO	PÁGINAS: 2 DE 2
DEPARTAMENTO: CUIDADOS A LARGO PLAZO/VIDA ASISTIDA	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 12/2018
	REVISADO: 9/2021, 28/3/2024

Otros que pueden ayudar en la búsqueda:

- Vecinos de la zona inmediata
- Medios de comunicación locales (emisora de radio y televisión)
- Helicóptero de la Guardia Nacional si hay alguno disponible.
- Unidad Canina del departamento de policía
- Departamento del Sheriff
- Departamento de bomberos local
- Agencia local de gestión de emergencias

Una vez localizado el residente/inquilino, devuelto a la institución y garantizada su seguridad, el Director de Enfermería o su representante deberá contactar a su familia y a su médico. Realizar una evaluación completa del residente/inquilino, incluyendo el registro de su nivel de angustia. Registrar la evaluación y otras observaciones en el expediente del residente/inquilino. Actualizar el plan de atención con las intervenciones de seguridad pertinentes. Elaborar un informe de incidentes. Documentar las condiciones meteorológicas, incluyendo la temperatura.

El Director/Administrador y/o la Enfermera Registrada deben evaluar la situación para determinar si se trata de una situación que debe ser reportada al Departamento de Inspecciones y Apelaciones.

En caso de que no se localice al residente/inquilino con prontitud, se notificará inmediatamente a la familia y al médico.

_____ _____

Firma del Personal Fecha

ASUNTO:	PULSERAS DE SEGURIDAD	REFERENCIA WG
		PÁGINA: 1
DEPARTAMENTO: CUIDADOS A LARGO PLAZO		DE: 1
		EN VIGOR:11/5/18

POLÍTICA:

Se realizará un seguimiento a los residentes para determinar si necesitan una pulsera de seguridad para evitar que se extravíen. Aquellos residentes con dificultades para tomar decisiones y antecedentes de intentos de fuga deberán usar una pulsera de seguridad para evitar que se extravíen y llevar consigo información de identificación.

- Al momento del ingreso, la enfermera de admisión evaluará la necesidad de colocar una pulsera de seguridad para evitar que el paciente se extravíe.
- La necesidad de colocar una pulsera de seguridad contra la deambulación se evaluará anualmente y ante un cambio significativo en la condición del paciente, utilizando el proceso MOS, la información del representante del residente y el equipo interdisciplinario.
- En caso de un cambio agudo en la condición del paciente, la enfermera deberá determinar la necesidad de colocar de inmediato una pulsera de seguridad para evitar que el paciente se extravíe.
- Las enfermeras pueden utilizar el "árbol de decisiones para casos de fuga" para ayudar a determinar la necesidad de colocar una pulsera de seguridad en las situaciones mencionadas anteriormente.
- El funcionamiento de las alarmas de las puertas y del sistema de vigilancia contra fugas deberá comprobarse diariamente..
- La ubicación del guardia de seguridad deberá revisarse en cada turno.
- Capacite a todo el personal sobre la "respuesta a la alarma de la puerta" y la "política en caso de inquilino/residente desaparecido".

_____ _____

Firma Fecha

ASUNTO: ALARMAS DE PUERTA	PÁGINAS: 1 DE 1
DEPARTAMENTO: CUIDADOS A LARGO PLAZO/VIDA ASISTIDA	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 10/2016
	REVISADO: 3/2024

POLÍTICA

El personal responderá con prontitud a todas las alarmas de las puertas.

OBJETIVO

Para garantizar la seguridad de los residentes/inquilinos.

PROCEDIMIENTO:

1. Verifique su sistema para determinar la ubicación de la alarma que está sonando. Esto le indicará qué puerta se ha abierto.

2. El personal debe responder de inmediato a todas las alarmas de las puertas.

3. Intentar determinar qué tipo de alarma se activó (es decir, si un residente o inquilino salió del edificio, si un visitante entró o salió sin desactivar la alarma, etc.).

4. Abra la puerta y observe si hay algún residente o inquilino a la vista. Salga y revise rápidamente el área. Siempre asuma que fue un residente o inquilino quien activó la alarma. Nunca dé por sentado que un visitante u otro residente o inquilino activó la alarma solo porque esté a la vista. Es posible que un residente o inquilino haya salido al mismo tiempo.

5. Si se trata de una alerta por código u otro tipo de alarma que se activa mediante un dispositivo tipo pulsera, localice de inmediato a los residentes/inquilinos que lleven puesta dicha pulsera. Una vez localizados, inicie una búsqueda habitación por habitación para encontrar al resto de los residentes/inquilinos. Esto se realizará mientras se completa la búsqueda en las instalaciones exteriores.

6. Si no se tiene noticia de un residente/inquilino, aplique de inmediato su política de Residente/Inquilino Desaparecido.

7. La residencia para personas mayores con servicios de asistencia contará con un procedimiento para comprobar la alarma de la puerta.

_____ _____

Firma del Personal Fecha

POLÍTICA EN CASO DE CLIMA SEVERO/TORNADOS:

Rev 03/2019

- El objetivo de la Política y el Procedimiento sobre Condiciones Meteorológicas Severas/Tornados es educar e informar al personal sobre las condiciones meteorológicas que requieren su atención.
- Es responsabilidad de la comunidad velar por la seguridad de los residentes, sus familias y el personal en todo momento. En caso de condiciones climáticas adversas o un tornado, se deben tomar precauciones para garantizar su seguridad.
- **Definiciones:**

Alerta-Significa que las condiciones son favorables para que se desarrolle una tormenta eléctrica o un tornado.

Advertencia--Significa que se ha avistado una tormenta eléctrica o un tornado. Si suena la sirena, quédese en el interior y busque refugio.

PROCEDIMIENTO:

- Si se emite una ***ALERTA*** de tormenta eléctrica severa o tornado para la zona:
  - Tome nota de todos los residentes, el personal y demás personas presentes en el lugar, en la medida de lo posible.
  - Asegúrese de que los residentes y el personal estén dentro.
  - Cierre todas las ventanas y corre todas las cortinas.
  - Mantenga a todos los residentes alejados de las ventanas en la medida de lo posible.
  - Manténgase informado sobre las actualizaciones meteorológicas; por ejemplo, a través de la radio meteorológica, la televisión, la radio, etc.
- Si se emite una ***ADVERTENCIA*** de tormenta eléctrica severa o tornado para la zona:
  - *Anime a los residentes a reunirse en sus respectivos baños y/o habitaciones y mantenga el acceso a las habitaciones despejado en la medida de lo posible.
    Nota: Si hay reuniones (aumentadas en áreas supervisadas,Comidas estilo familiar, actividades, familiares,conferencias de atención.etc.) de ocupantes, familias, visitantes, al momento de la ADVERTENCIA emitida,entonces la persona a cargo en ese momento determinará los lugares apropiados para que todos los afectados se ubiquen por seguridad.(por ejemplo refugio, pasillos interiores. Oficinas, etc..)
  - Cubra a los residentes/inquilinos con mantas y almohadas, especialmente cerca de la cabeza, en la medida en que los residentes/inquilinos lo permitan.
  - Reúna linternas y radios. Manténgase atento a los informes meteorológicos para obtener actualizaciones. No abandone la zona hasta que la tormenta haya pasado y se haya levantado la alerta.
  - Mantenga la calma y tranquilice a los inquilinos. Procure que se sientan lo más cómodos posible.

Persona Actualmente a Cargo:

- Anuncie, **en lenguaje sencillo:**"Atención, por favor. Nos encontramos en situación de tiempo severo/tornado (alerta o advertencia). Inicie inmediatamente los procedimientos para condiciones meteorológicas adversas."
- Si el teléfono no funciona, envíen mensajeros a todas las zonas.

Personal administrativo/de oficina (si están en el sitio)

- Repita el anuncio.
- Permanezca en el mostrador el tiempo que sea seguro para vigilar la puerta principal.
- Oriente al personal, inquilinos, visitantes y demás personas para que busquen un refugio adecuado.

Todo el personal

- Tranquilizar y brindar consuelo a los inquilinos, familiares, visitantes y demás personas.
- Aconsejar a los visitantes, familiares y demás personas que no abandonen el edificio.

Enfermería:

- *Asegurar/ayudar a los inquilinos a llegar a sus respectivos baños según corresponda y permitirlo.
  **Nota: Si hay reuniones (aumentadas en áreas supervisadas,Comidas estilo familiar, actividades, familiares,conferencias de atención.etc.) de ocupantes, familias, visitantes, al momento de la ADVERTENCIA emitida,entonces la persona a cargo en ese momento determinará los lugares apropiados para que todos los afectados se ubiquen por seguridad.(por ejemplo refugio, pasillos interiores. Oficinas, etc..)*
- Tranquilizar a los inquilinos y hágalos sentir cómodos.
- Contabilizar a todos los residentes, inquilinos, personal y visitantes.
- Buscar refugio en casas de otros inquilinos o en baños públicos, según lo permita la situación.

Recuperación:

- Tras las alertas de tiempo severo/tornado: El administrador o la persona designada (consulte la lista de contactos de emergencia para obtener el número de teléfono), el director de enfermería o la persona designada (consulte la lista de contactos de emergencia para obtener el número de teléfono) o la persona actualmente a cargo, pueden iniciar cualquiera o todas las siguientes medidas, según el resultado real de la alerta:
- Anunciar, en lenguaje claro: "Atención, por favor, todo despejado".
- Si el teléfono no funciona, envíen mensajeros a todas las zonas.
- Revisar y brindar cualquier atención médica necesaria
- Implementar el sistema de llamadas de emergencia para obtener apoyo adicional del personal según sea necesario.
- Si no está presente, comuníquese con el Administrador o la persona designada (consulte la Lista de contactos de emergencia para obtener el número de teléfono), el Director de Enfermería o la persona designada (consulte la Lista de contactos de emergencia para obtener el número de teléfono), el Líder de Mantenimiento (consulte la Lista de contactos de emergencia para obtener el número de teléfono).
- El administrador, o la persona designada, determinará e implementará el plan de evacuación según sea necesario.
- Compruebe si hay incendios o cortocircuitos eléctricos; si los encuentra, llame al 911.
- Reserve el teléfono solo para emergencias.
- Busque peligros como tuberías de agua rotas, vidrios rotos, equipos dañados, derrames de líquidos, etc. Si encuentra alguno, tome medidas para garantizar la seguridad de los inquilinos, sus familiares, el personal y los voluntarios, e informe al director o a la persona designada.
- Haga todo lo posible por llevar a cabo los procedimientos de rutina y restablecer el funcionamiento normal de las instalaciones lo antes posible y de forma segura.
- Administrador o persona designada para coordinar los servicios, que incluyen, entre otros: servicios locales de bomberos y ambulancias, servicios hospitalarios locales, la agencia de gestión de emergencias del condado, y servicios estatales y federales según sea necesario.
- Tras el evento, se elaborará un registro completo de los inquilinos, los familiares que los visitaron, el personal y los voluntarios.

Firma del empleado_____

Fecha.....

POLÍTICA DE INCENDIOS:

Rev: 22/02/2019, 03/2019, 07/2023

- El objetivo de la Política de Incendios es proporcionar un plan de acción que todo el personal deba seguir en caso de incendio.

DEFINICIONES:

- **Barrera contra incendios.** Membrana continua o membrana con discontinuidades creadas por aberturas protegidas con una clasificación de protección contra incendios específica, donde dicha membrana está diseñada y construida con una clasificación de resistencia al fuego específica para limitar la propagación del fuego, que también restringe el movimiento del humo. (NFPA 101-2012, 3.3.31.1)
- **Compartimento contra incendios.** Un espacio dentro de un edificio que está rodeado por barreras cortafuegos por todos sus lados, incluyendo la parte superior e inferior. (NFPA 101-2012, 3.3.48.1)
- **Barrera contra el humo.** Membrana continua o membrana con discontinuidades creadas por aberturas protegidas, diseñada y construida para restringir el movimiento del humo. (NFPA 101-2012, 3.3.31.2)
- **Compartimento de fumadores.** Un espacio dentro de un edificio delimitado por barreras cortahumos en todos sus lados, incluyendo la parte superior e inferior. (NFPA 101-2012, 3.3.48.2)

RESPONSABILIDAD

- La responsabilidad del desarrollo, la implementación y el mantenimiento de esta política recae en el administrador del campus.
- Esta política se revisará cuando se modifique el plan, cambien las responsabilidades de los empleados y se actualizará según sea necesario.
- La responsabilidad de garantizar que todo el personal y los empleados reciban capacitación sobre sus responsabilidades, tal como se describe en esta Política de Incendios del Campus, en el momento de la orientación y al menos anualmente a partir de entonces, recae en el administrador.
- La responsabilidad de la formación específica de cada departamento recae en su supervisor.
- La responsabilidad de planificar y realizar simulacros de incendio recae en el Administrador.
- Todo el personal y los empleados de este campus deberán conocer la información sobre la Política de Incendios para la seguridad de residentes, inquilinos, visitantes y demás personal. A efectos de esta política, todos los voluntarios y proveedores presentes en el edificio serán considerados visitantes.
    - Todo el personal y los empleados de este campus deberán conocer y ser capaces de responder e implementar el procedimiento de incendio de este campus.
    - Todo el personal y los empleados de este campus deberán participar en simulacros de incendio programados regularmente, sesiones de orientación sobre seguridad contra incendios y otros programas generales de seguridad contra incendios.
- El administrador planificará simulacros de incendio y los realizará mensualmente (en residencias de ancianos/centros de cuidados intermedios) o bimensualmente (en residencias para personas mayores con asistencia y centros de cuidados para personas con demencia), de manera que se programe al menos un simulacro por turno de trabajo durante cada trimestre. Los simulacros incluirán una evacuación simulada (solo en residencias de ancianos/centros de cuidados intermedios) o real (en residencias para personas mayores con asistencia y centros de cuidados para personas con demencia) de todos los residentes a un punto de reunión seguro fuera del compartimento de humo que contiene el área donde se simula el origen del incendio.

* Los residentes de las residencias para personas mayores con asistencia o cuidados para personas con problemas de memoria también deben evacuar el edificio al exterior cada año.

- Los resultados de los simulacros de incendio deberán documentarse. Cualquier deficiencia detectada durante un simulacro se discutirá de inmediato con el personal correspondiente. Dichas deficiencias en la realización del simulacro se documentarán y se presentarán al Comité de Seguridad.
- Las deficiencias detectadas en los simulacros de incendio se utilizarán para desarrollar programas de formación continua para los departamentos.

PROCEDIMIENTO:

**Todos los anuncios se realizarán en lenguaje sencillo, a menos que se indique lo contrario.*

**Todos los anuncios se comunicarán por cualquier medio disponible.*

El personal descubre el incendio.

R.A.C.E.: Recuerde RACE: Rescate, Alarma, Confinamiento, Extinción/Evacuación.
¡No cruce la ZONA DE PELIGRO!

- **Rescate/Uso de alarmas:**
  - Anuncio: Por ejemplo, "Alerta de instalaciones + Incendio (Alarma) + Ubicación + *Situación (Residentes involucrados, Alarma de incendio fuera de servicio, Mal funcionamiento de la alarma de incendio)"
  - Active la alarma contra incendios o encargue a un compañero que lo haga mientras traslada a los pacientes/residentes y visitantes de un lugar de peligro inmediato a un sitio fuera de la habitación donde se originó el incendio.

**Situación (residentes involucrados, alarma contra incendios fuera de servicio, mal funcionamiento de la alarma contra incendios)" se comunica solo si la persona que descubre un incendio debe acudir inmediatamente en ayuda de una persona en peligro o (2) el sistema de alarma contra incendios funciona mal o está fuera de servicio.*

- Los pulsadores de alarma contra incendios están ubicados en las entradas de los pasillos, las salidas de emergencia y las entradas a cada área de las instalaciones del campus.

¡No cruce la ZONA DE PELIGRO!

- Presione y tire con fuerza hacia abajo de la estación para activar la alarma. Si el sistema de alarma contra incendios no funciona, repita el anuncio anterior con la información correspondiente o asigne a un compañero para que lo haga.

- **Transmisión de la alarma de incendio al departamento de bomberos:**

- Intente avisar a la persona responsable o asigne a un compañero de trabajo para que lo haga.
  - Anuncio: Por ejemplo, "Alerta de instalaciones + Incendio (Alarma) + Ubicación + *Situación (Residentes involucrados, Alarma contra incendios fuera de servicio, Mal funcionamiento de la alarma contra incendios)"
  - Indique la ubicación exacta del incendio.
  - La persona a cargo, a su vez, llamará al "911" para informar al Departamento de Bomberos sobre la ubicación del incendio y la mejor entrada que deben usar cuando lleguen.
  - El sistema de marcación automática notificará a la empresa de monitoreo de alarmas, quien a su vez notificará al servicio de emergencias 911.

- **Aislamiento del fuego:**

- Cierre todas las puertas de las habitaciones de los pacientes/residentes para evitar la propagación del fuego y el humo.
- Al activarse el sistema de alarma contra incendios, los retenedores magnéticos de puertas liberarán automáticamente todas las puertas que se encuentren abiertas.
- Si hay pacientes/residentes que utilizan oxígeno, tome oxígeno portátil de la(s) zona(s) de almacenamiento de oxígeno para su uso.

¡No cruce la ZONA DE PELIGRO!

Evacuación de la zona inmediata (Si las puertas cortafuegos permanecen abiertas, ciérrelas físicamente en la medida de lo posible).

El uso del ascensor está reservado exclusivamente para personal de primera intervención. El personal de las instalaciones no debe utilizar el ascensor durante la evacuación.(NFPA 72, 2010)

- Retire a cualquier ocupante u otra persona de un lugar que represente un peligro inmediato.
    - Los ocupantes que deban permanecer en cama deberán ser evacuados utilizando procedimientos de evacuación de emergencia, como el transporte a cuestas, el transporte de extremidades o el arrastre de mantas (según lo determine el cuidador en el momento de la evacuación).

Evacuación completa del compartimento de humos: *Ya no es aceptable simplemente evacuar la habitación donde se originó el incendio, las habitaciones inmediatamente adyacentes y las habitaciones al otro lado del pasillo.

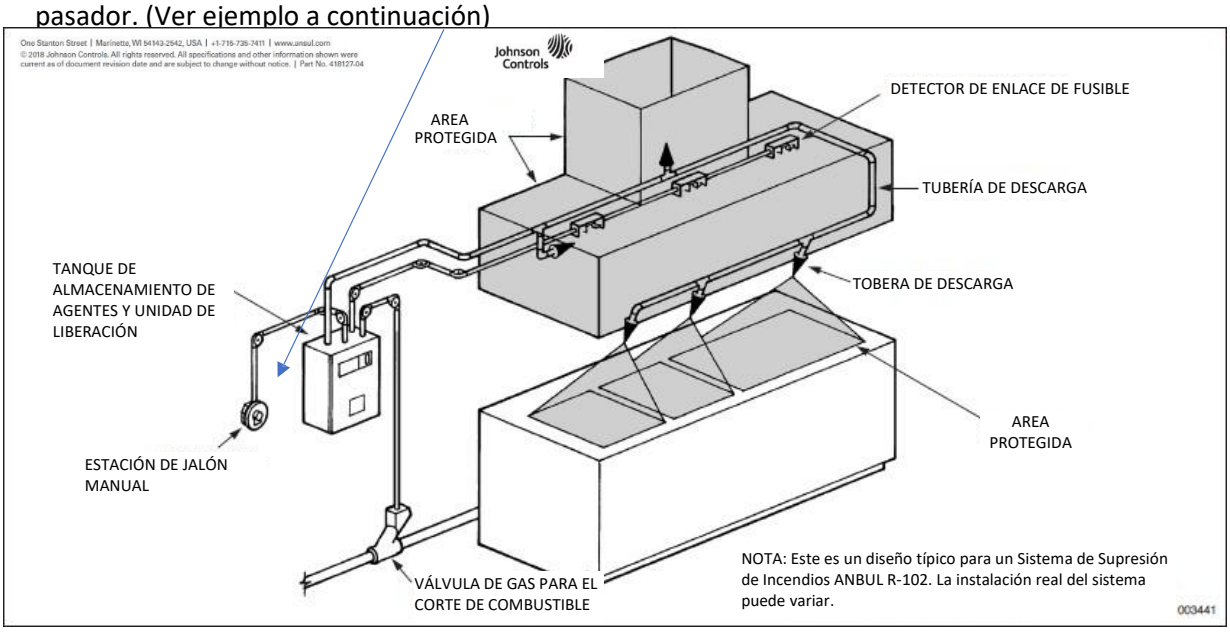
¡No cruce la ZONA DE PELIGRO!

El uso del ascensor está reservado exclusivamente para personal de primera intervención. El personal de las instalaciones no debe utilizar el ascensor durante la evacuación.(NFPA 72, 2010)

- Comuníquese, por cualquier medio disponible, con la persona a cargo, para que todo el personal disponible se presente en la zona del incendio para ayudar a evacuar a los ocupantes y visitantes de cualquier área de peligro inmediato.
- Continúe trasladando a los ocupantes, residentes y visitantes más allá del conjunto más cercano de puertas de barrera contra incendios/humo/compartimento del pasillo a un área segura en un compartimento de humo adyacente y/o comience a retirar el equipo con ruedas del pasillo.
- La prioridad de evacuación la tienen las personas más cercanas a la zona de peligro, seguidas del paso a través del compartimento de fuego/humo, independientemente de su estado de movilidad.

- **Preparación de Pisos y Edificios para la Evacuación:**
- Cierre las puertas de las habitaciones de los ocupantes tras usted mientras los evacúa.
- Despeje los pasillos de cualquier obstáculo. Coloque los carros de medicamentos y los suministros para los residentes si es necesario y el tiempo lo permite.

- **<u>Extinción de incendios:</u>**
- En caso de que se produzca un incendio en la cocina, el personal solo deberá utilizar el extintor de incendios de clase K una vez que se haya activado el sistema de extinción de incendios integrado en la campana extractora.
  *El sistema de extinción de incendios de la campana está diseñado para activarse automáticamente. Si no se activa, Se requiere que el personal se dirija a la "Estación de activación manual" y tire del pasador. (Ver ejemplo a continuación)



- Consulte el cartel en la pared cerca del extintor de incendios de clase K con este recordatorio.
- ***<u>Utilice un extintor portátil para ayudar en la evacuación de quienes se encuentren en peligro inmediato y según sea necesario.</u>***.
  *Recordatorio: Se recomienda al personal que tome un extintor si se dirige al lugar del incendio, a menos que esto retrase la evacuación. Sin embargo, el extintor portátil debe servir de apoyo a la persona a cargo o al personal de mantenimiento (si está disponible) para evacuar de forma segura el compartimento afectado por el humo. No es necesario llevarlo consigo durante la evacuación, salvo que sea indispensable para evacuar con seguridad.

  *<u>**Solo el personal disponible que haya recibido la capacitación adecuada en el uso seguro de extintores portátiles de mano podrá ayudar a combatir incendios utilizando extintores portátiles.</u>*. Recuerda P.A.S.S.: Presiona, Apunta, Aprieta y Barre cuando uses extintores.
- **Una vez evacuada la zona afectada por el incendio:**
- La enfermera encargada será responsable de comprobar:
  - La lista de habitaciones de los residentes para confirmar que todos estén contabilizados.
  - Localizar a todo el personal.
  - Actualizar a la persona a cargo.
- **Todo despejado:** Nadie podrá volver a entrar en la zona del incendio hasta que el responsable de la gestión del incidente haya dado la señal de que la situación está controlada.

- SI ESCUCHA LA ALARMA DE INCENDIOS Y EL INCENDIO NO ESTÁ EN SU ZONA, SIGA ESTOS PASOS:

- Compruebe el panel anunciador de la alarma contra incendios.
- Anuncie: Por ejemplo, “Alerta de instalación + Incendio (Alarma) + Ubicación, con cualquier medio disponible
- Llame al 911 e informe al operador sobre la situación actual del incendio, la ubicación, la mejor puerta para acceder al edificio y cualquier información adicional que tenga relacionada con el incidente.
- Cuando el incendio haya terminado, anuncie, por cualquier medio disponible, “TODO DESPEJADO”.
- **Seguridad:** El supervisor de seguridad abrirá las puertas de acceso restringidas según sea necesario para que el personal del cuerpo de bomberos pueda entrar, los dirigirá al lugar del incendio y les informará sobre la situación, incluyendo el alcance de la evacuación de los ocupantes. El resto del personal de seguridad de servicio deberá acudir de inmediato al lugar del incendio para colaborar en la evacuación.
- **Mantenimiento:** Todo el personal de mantenimiento de guardia deberá acudir de inmediato al lugar del incendio para ayudar a extinguirlo en la medida de lo posible sin comprometer la seguridad. Hay extintores portátiles distribuidos por todos los pasillos de las instalaciones.
- **Personal de enfermería y atención:** Espere el anuncio de la ubicación del incendio y prepárese para acudir al lugar y ayudar con la evacuación si se le asigna; sin embargo, las áreas de pacientes nunca deben quedar desatendidas. Esté preparado para evacuar su área asignada en caso de que sea necesaria una evacuación durante el incendio. Despeje los pasillos de cualquier obstáculo. Recopile la lista de habitaciones de pacientes/residentes, así como los historiales clínicos, los carros de medicamentos y los libros de medicamentos.
- **Limpieza, servicios de alimentación, administración, etc.:** Espere el anuncio de la ubicación del incendio y prepárese para acudir al lugar y ayudar con la evacuación si se le asigna. Esté preparado para evacuar su área asignada en caso de que sea necesario evacuar durante el incendio. Despeje los pasillos de cualquier obstáculo.
- **Notificaciones adicionales** Por el Administrador o su designado, o la Persona a Cargo, se incluyen los siguientes:
    - Empresa administradora (Ver lista de contactos telefónicos de emergencia) Fuera del horario laboral (Ver lista de contactos telefónicos de emergencia)
    - Oficina del Jefe de Bomberos (Ver Lista de contactos telefónicos de emergencia)
    - Departamento de Bomberos Local (Jefe)“911”
    - Compañía de seguros de responsabilidad civil de instalaciones (Ver lista de contactos telefónicos de emergencia)
    - Departamento de Inspección y Apelaciones (Ver lista de contactos telefónicos de emergencia)
    - Supervisores del departamento de instalaciones/Personal de enfermería a cargo
    - Compañía de monitoreo de alarmas contra incendios (Ver lista de contactos telefónicos de emergencia)

(Cuando el sistema vuelva a la normalidad, notificarlo)

EDUCACIÓN/ORIENTACIÓN:

Información general sobre seguridad contra incendios:

- Ayude a prevenir incendios. Un buen mantenimiento de las instalaciones es la mejor garantía contra incendios. Haga todo lo posible por mantener el orden y un alto nivel de limpieza para garantizar la seguridad contra incendios. Acostúmbrese a estar atento a los riesgos de incendio e infórmelos a su supervisor o al responsable de seguridad de las instalaciones.
- Esté atento a cualquier señal de incendio. Si ve u huele humo, repórtelo de inmediato para que se investigue. La detección temprana permite extinguir el fuego rápidamente. Adopte el hábito de estar siempre alerta. Sobre todo, manténgase especialmente alerta por la noche, ya que el personal de apoyo es menor durante ese turno.
- Evite el pánico. Nunca grite ¡FUEGO! ni ninguna otra señal de peligro. Uno de los mayores peligros en caso de incendio es el pánico. Nunca alarme a los residentes con movimientos bruscos. Ellos buscan su protección. Muéstrese tranquilo y sereno, y actúe con seguridad.
- Conozca su plan de emergencia contra incendios y la ubicación de todos los extintores y pulsadores de alarma contra incendios para que, en caso de emergencia, pueda actuar con rapidez.
- Los extintores son fácilmente accesibles y se encuentran en armarios a lo largo de los pasillos y en ciertas áreas de mayor riesgo (por ejemplo, lavandería, cocina, salas de máquinas, etc.). Este campus utiliza principalmente extintores multiusos ABC, que pueden emplearse en diversas situaciones de incendio.
- Los pulsadores de alarma contra incendios están ubicados en las salidas de emergencia. (Véase el plano de las instalaciones). Al activar el sistema de alarma contra incendios del edificio, se notifica a los ocupantes sobre un posible incendio y se solicita ayuda para la evacuación de pacientes, residentes y visitantes.
    - El edificio está equipado con un sistema de alarma contra incendios direccionable que incluye detección automática de humo en los pasillos y otros puntos estratégicos para una alerta temprana. Cuando se activa cualquier pulsador de alarma contra incendios o detector automático de humo, la ubicación exacta del dispositivo activado se identifica en los paneles anunciadores de alarma contra incendios ubicados en puntos clave.
    - El sistema de alarma contra incendios está conectado a un marcador automático o comunicador digital. Al activarse la alarma, este marcador llama automáticamente a una agencia de monitoreo y les transmite un mensaje grabado. Esto ayuda a garantizar una respuesta rápida del departamento de bomberos local. Sin embargo, al detectar un incendio, la persona o estación que lo descubra debe llamar inmediatamente al operador de las instalaciones, quien, a su vez, llamará al 911 como medida de precaución adicional en caso de que falle el equipo automático.
    - Las unidades principales de tratamiento de aire del edificio también están interconectadas al sistema de alarma contra incendios. Por lo tanto, cuando se activa la alarma, todas las unidades principales de tratamiento de aire dentro de la zona afectada se apagan automáticamente para evitar la propagación del humo a través del sistema de ventilación.
    - El edificio está protegido por un sistema automático de rociadores contra incendios, interconectado con el sistema de alarma contra incendios del edificio. Un caudal de agua equivalente al de un solo rociador activará la alarma general contra incendios del edificio.
- Conozca los procedimientos de evacuación, los métodos para trasladar pacientes con ayuda limitada y la ubicación de las barreras contra incendios y humo. La ruta de escape dependerá, por supuesto, de la ubicación exacta del incendio.
    - Se debe prestar especial atención a aquellos pacientes/residentes con problemas de movilidad o que estén afectados por medicamentos o que presenten pérdida de audición, visión u otras funciones sensoriales, para garantizar que reciban notificación, asistencia y atención inmediata cuando se encuentren en zonas de peligro.

- La evacuación de emergencia de pacientes/residentes en un centro de atención médica puede ser muy laboriosa y consumir mucho tiempo. Para compartimentos de humo en el campus (véase el plano de las instalaciones).
- Si resulta necesario evacuar una zona, la evacuación se realizará en paralelo a otro compartimento de humo situado en la misma planta.
- Evacuación al exterior.
  *LA EVACUACIÓN GENERAL DE TODO EL EDIFICIO SE REALIZARÁ ÚNICAMENTE BAJO ÓRDENES DE LA ADMINISTRACIÓN O DEL COMANDANTE DE INCIDENTES DEL DEPARTAMENTO DE BOMBEROS.

- Si la evacuación en silla de ruedas no es factible, se podrán utilizar los siguientes métodos, *que serán determinados por el cuidador en el momento de la evacuación*, para evacuar a las personas que no pueden caminar:
  - TRANSPORTE DE CADERA – Una persona transportando a un paciente/residente (solo cuando sea necesario).
  - TRANSPORTE EN SILLA – Dos personas entrelazando las manos y las muñecas para formar una silla.
  - TRANSPORTE DE EXTREMIDAD: Dos personas, una encima de la víctima y la otra entre las piernas, a la altura de las rodillas.
  - ARRASTRE DE MANTA: Consiste en bajar al residente sobre una manta en el suelo y tirar de él hasta ponerlo a salvo.
    - Los pacientes/residentes que puedan caminar recibirán instrucciones para agacharse por debajo del nivel del humo y serán ayudados a ponerse a salvo.
  - En la medida de lo posible, los pasillos deberán mantenerse libres de obstáculos en todo momento. Si bien las normas federales de seguridad contra incendios y para la protección de la vida permiten la presencia de algunos equipos con ruedas en los pasillos (por ejemplo, carros en uso, elevadores para residentes, carros de aislamiento, etc.), estos equipos deberán retirarse del pasillo de inmediato cuando se ordene la evacuación.

  **Sin embargo, el rescate de personas en peligro inminente tendrá prioridad sobre el despeje de los pasillos.*
  - El personal de enfermería y cualquier otro personal disponible (cuando sea necesario) será responsable de retirar los carros de aislamiento, los carros de ropa blanca, los carros de limpieza, los carros de comida y de retirar y asegurar los carros de medicamentos (solo el personal de enfermería) del pasillo.
  - Nunca bloquee las salidas de emergencia ni las puertas cortafuegos/de protección contra el humo. No deje sillas, mesas auxiliares, sillas de ruedas ni carros de limpieza o de medicamentos frente a las salidas de emergencia o las puertas cortafuegos/de protección contra el humo.
  - Nunca utilice cuñas ni otros dispositivos para mantener abiertas las puertas cortafuegos o las puertas cortahumos. Estas puertas deben permanecer cerradas en todo momento o bien sujetas con un retenedor electromagnético que las liberará automáticamente al activarse la alarma.

https://www.osha.gov/SLTC/etools/evacuation/portable_about.html

Triángulo de fuego:

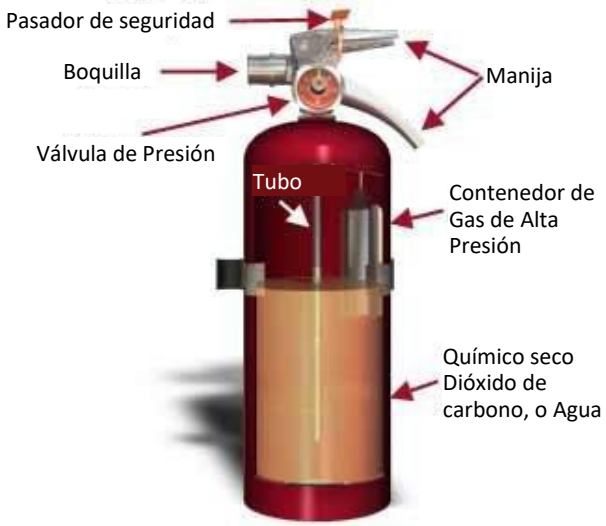
Para entender cómo funcionan los extintores, es necesario comprender un poco sobre el fuego. El fuego es una reacción química muy rápida entre el oxígeno y un material combustible, que produce calor, luz, llamas y humo.
Para que exista el fuego, deben estar presentes simultáneamente los siguientes cuatro elementos:



- Oxígeno suficiente para mantener la combustión.
- Calor suficiente para elevar el material hasta su temperatura de ignición.
- Algún tipo de combustible o material combustible.
- La reacción química que es el fuego.

Cómo funciona un extintor de incendios:
Los extintores portátiles aplican un agente extintor que enfría el combustible en combustión, desplaza o elimina el oxígeno, o detiene la reacción química para que el fuego no pueda seguir ardiendo. Al presionar la manija del extintor, el agente se expulsa por la boquilla.

Todos los extintores portátiles deben estar aprobados por un laboratorio de pruebas reconocido a nivel nacional.



verificar el cumplimiento de las normas aplicables.29 CFR 1910.157(c)(2) Los equipos que superan las pruebas de laboratorio se etiquetan y se les asigna una clasificación alfanumérica según el tipo y el tamaño del fuego que extinguirán.

Echemos un vistazo a la etiqueta que se muestra en la imagen. La clasificación es:
1-A:10-BC
Las letras (A, B y C) representan el tipo o tipos de incendio para los que se ha aprobado el extintor.



El número delante de la calificación A indica a cuánta agua equivale el extintor y representa 1.25 galones de agua por cada unidad de uno. Por ejemplo, un extintor con clasificación 4-A equivaldría a cinco (4 x 1.25) galones de agua.
El número que precede a la clasificación B representa el área en pies cuadrados de un incendio de clase B que un usuario no experto debería poder extinguir. Siguiendo el ejemplo anterior, un usuario no experto debería poder apagar un incendio de líquido inflamable de hasta 10 pies cuadrados.

Tipos de extintores de incendios
Los distintos tipos de extintores están diseñados para combatir diferentes tipos de fuego. Los tres tipos más comunes son: agua a presión, CO2 (dióxido de carbono) y polvo químico seco. La siguiente tabla proporciona información sobre el tipo de incendio y el extintor que se debe utilizar.

Tipo de Extintor	Tipo de Fuego	Tipo de Extintor	Tipo de Fuego
 Agua	**Combustibles Ordinarios** Incendios en papel, tela, madera, caucho, y muchos plásticos requieren agua. extintor tipo A. 	 **Múlti-propósito**	**Materiales combustibles comunes, líquidos inflamables o equipos eléctricos** El producto químico seco multiusos es apto para su uso en las clases A, B y C. 
 **CO_2** **O**	**Líquidos inflamables** Los incendios provocados por aceites, gasolina, algunas pinturas, lacas, grasas, disolventes y otros líquidos inflamables requieren un extintor etiquetado con la letra B. 	**Clase D**	**Metales** Los incendios que involucran polvos, escamas o virutas de metales combustibles como magnesio, titanio, potasio y sodio requieren extintores especiales etiquetados con la letra D.
 **Seco Químico**	**Equipos eléctricos** Los incendios en el cableado, las cajas de fusibles, los equipos eléctricos energizados, las computadoras y otras fuentes eléctricas requieren un extintor etiquetado con la letra C. 	**Clase K**	**Incendios en la cocina** Incendios relacionados con fluidos de cocina combustibles como aceites y grasas.  *NOTA:* Es posible que su equipo actual de extinción de incendios no pueda apagar un incendio que involucre aceite vegetal en su freidora.
Extintores de agua a presión (APW)			



El agua es uno de los agentes extintores más utilizados para incendios de tipo A. Un extintor de agua presurizada (APW, por sus siglas en inglés) se distingue por su gran recipiente plateado. Se llena hasta dos tercios de su capacidad con agua corriente y luego se presuriza con aire. En algunos casos, se añaden detergentes al agua para producir espuma. Miden entre 60 y 90 centímetros de alto y pesan aproximadamente 11 kilogramos cuando están llenos.

Los sistemas APW extinguen el fuego enfriando la superficie del combustible para eliminar el elemento "calor" del triángulo del fuego.

Los APW están diseñados únicamente para incendios de clase A (madera, papel, tela, caucho y ciertos plásticos).



Importante:

- *Nunca utilice agua para extinguir incendios de líquidos*

Es extremadamente ineficaz para extinguir este tipo de incendios y puede empeorar la situación al propagar el fuego.

- *Nunca utilice agua para apagar un incendio eléctrico.* El agua es un buen conductor y puede provocar una electrocución si se utiliza para extinguir un incendio eléctrico. Los equipos eléctricos deben estar desenchufados o sin corriente antes de usar un extintor de agua en un incendio eléctrico.

CO_2 o Extintores de polvo químico seco - dióxido de carbono



Este tipo de extintor está lleno de dióxido de carbono (CO_2).2), un gas no inflamable a presión extrema. Estos extintores apagan incendios desplazando el oxígeno o eliminando el elemento oxígeno del triángulo del fuego. Debido a su alta presión, al usar este extintor salen disparados trozos de hielo seco de la boquilla, lo que también tiene un efecto de enfriamiento sobre el fuego.
Este tipo de extintor se reconoce por su bocina rígida y la ausencia de manómetro.
CO2Los cilindros son rojos y su tamaño varía de cinco a 100 libras o más. CO*2Los extintores están diseñados para la Clase B y C (líquido inflamable yincendios eléctricos únicamente.*



Importante:

- CO_2 No se recomienda para incendios de Clase A porque pueden seguir ardiendo lentamente y volver a encenderse después que el CO_2 se disipa.
- Nunca utilice extintores CO_2 en un espacio confinado mientras hay personas presentes sin la debida protección respiratoria autorizada.

Ubicaciones:
Los extintores de dióxido de carbono se encuentran con frecuencia en vehículos industriales, salas de máquinas, oficinas, laboratorios de informática y zonas de almacenamiento de líquidos inflamables.

Extintores de polvo químico seco multiusos



Los extintores de polvo químico seco apagan los incendios recubriendo el combustible con una fina capa de polvo ignífugo, separándolo del oxígeno. El polvo también interrumpe la reacción química, lo que hace que estos extintores sean extremadamente eficaces.
Los extintores de polvo químico seco suelen estar clasificados para incendios de clase B y C, y pueden estar marcados como multiuso para su uso en incendios de clase A, B y C. Contienen un agente extintor y utilizan un gas comprimido no inflamable como propulsor.
Los extintores ABC son de color rojo y su tamaño varía entre cinco y veinte libras.
Los extintores de polvo químico seco tendrán una etiqueta que indica que pueden utilizarse en incendios de clase A, B y/o C.



Ubicaciones:
Estos extintores se encontrarán en diversos lugares, como pasillos públicos, laboratorios, salas de máquinas, salas de descanso, áreas de almacenamiento de productos químicos, oficinas, vehículos comerciales y otras áreas con líquidos inflamables.



Extintores químicos secos y húmedos de clase K para incendios en cocinas

Debido a las mayores velocidades de calentamiento de los aceites vegetales en los electrodomésticos de cocina comerciales Los extintores portátiles NFPA 10 ahora incluyen la clasificación Clase K para extintores de incendios de cocina, cuya instalación es obligatoria en todas las cocinas de restaurantes. Una vez que se inicia un incendio en una freidora, no siempre se puede extinguir con campanas extractoras tradicionales o extintores de Clase B.

- No intente utilizar un extintor de Clase A que contenga agua o CO_2 en un incendio en una freidora. Puede producirse una reacción explosiva.
- Coloque un letrero cerca del extintor de incendios de clase K que indique: «En caso de incendio de un aparato, utilice este extintor solo después de que se haya activado el sistema fijo de extinción de incendios». Los extintores de incendios de clase K solo deben utilizarse después de la activación del sistema de extinción de incendios integrado en la campana extractora. Si no existe una campana extractora ni un sistema de extinción de incendios en el sistema de cocina comercial, no se requieren extintores de clase K.
- Los agentes extintores de muchos extintores de Clase K son conductores de electricidad y solo deben usarse después de haber cortado el suministro eléctrico al aparato de cocina. Los extintores de Clase K utilizan diversos agentes. Algunos extintores de polvo químico seco de Clase K utilizan bicarbonato de potasio, y también existen extintores de polvo químico húmedo de Clase K que rocían una fina niebla.



- La distancia de recorrido hasta un extintor de Clase K no deberá exceder los 30 pies.
- Instale un extintor de agua tipo 2-A o un extintor de polvo químico húmedo de 6L para aparatos de cocina de combustible sólido con cámaras de combustión.
- Inspeccione, pruebe y realice el mantenimiento anual de los extintores de incendios de clase K.

Ubicaciones:

Estos extintores se encuentran en establecimientos de cocina comerciales como restaurantes, cafeterías y otros lugares donde se sirven alimentos.

Firma del empleado_____Fecha:_____

Descargo de Responsabilidad: Es importante tener en cuenta que cada situación será diferente y que es posible que no se puedan implementar los procedimientos mencionados en este orden específico. En caso de desastre, durante el mismo y en la recuperación, es fundamental contactar al Administrador para que brinde al personal las instrucciones adecuadas. Esta política y procedimiento están redactados para establecer pautas claras sobre la atención a los residentes y la seguridad de estos en caso de desastre. El buen juicio y el sentido común son fundamentales en una emergencia. Por lo tanto, el Administrador y los responsables deberán tomar las mejores decisiones en ese momento. Este plan debe realizarse en colaboración con la Cruz Roja Americana, la Agencia de Emergencias del Condado, la oficina gubernamental y los departamentos locales de Policía, Alguacil y Bomberos.

FORM 1-A Entrevista para Empleado Condicional y Empleado que Manipula Alimentos

Prevención de la transmisión de enfermedades a través de los alimentos por Empleados de alimentos o empleados condicionales con Énfasis en las enfermedades causadas por el norovirus.,*Salmonela* Typhi (S. Typhi),*Shigella* spp., Escherichia coli productora de toxina Shiga (STEC),Salmonella no tifoidea o virus de la hepatitis A

El propósito de esta entrevista es informar a los empleados temporales y a los empleados que manipulan alimentos sobre las condiciones pasadas y presentes descritas, para que dicha persona pueda tomar las medidas adecuadas para prevenir la transmisión de enfermedades transmitidas por los alimentos.

Nombre del Empleado Condicional (en letra de imprenta)_____

Nombre del Empleado que Manipula Alimentos (en letra de imprenta)_____

Dirección_____

Teléfono *Durante el día:*_____ *Noche:*_____

Fecha_____

¿Presenta alguno de los siguientes síntomas? (Marque uno)

		Si la respuesta es Sí, fecha de inicio
¿Diarrea?	Sí/NO	_____
¿Vómito?	Sí/NO	_____
¿Ictericia?	Sí/NO	_____
¿Dolor de garganta con fiebre?	Sí/NO	_____

O

¿Corte o herida infectada que está abierta y supura, o lesiones que contienen pus en la mano, la muñeca, una parte expuesta del cuerpo u otra parte del cuerpo y el corte, la herida o la lesión no están debidamente cubiertas? Sí/NO

(Ejemplos: *forúnculos y heridas infectadas, por pequeña que sea)*

<u>En el pasado:</u>

¿Alguna vez le han diagnosticado como enfermo con fiebre tifoidea (S. Typhi) Sí/NO

Si es así, ¿cuál fue la fecha del diagnóstico?_____

¿En los últimos 3 meses, ha tomado antibióticos para la infección por S. Typhi? Sí/NO

En caso afirmativo, ¿cuántos días tomó los antibióticos?_____

Si tomó antibióticos, ¿terminó el tratamiento recetado?_____ Sí/NO

<u>Historial de exposición:</u>

1. ¿Ha sido sospechoso de haber causado, o ha estado expuesto a, un brote confirmado de enfermedad transmitida por los alimentos recientemente? SÍ/ NO

Si la respuesta es Sí, fecha del brote:

a. En caso afirmativo, ¿cuál fue la causa de la enfermedad y cumplía con los siguientes criterios?

Causa: _____

i. Norovirus (última exposición en las últimas 48 horas) Fecha del brote de la enfermedad_____
ii. *E. coli* Infección por O157:H7 (última exposición en los últimos 3 días) Fecha del brote de la enfermedad_____
iii. Virus de la hepatitis A (última exposición ultimos 30 días Fecha del brote de la enfermedad_____
iv. Fiebre tifoidea (última exposición últimos 14 días) Fecha del brote de la enfermedad_____
v. Shigelosis (última exposición últimos 3 días) Fecha del brote de la enfermedad_____

b. Si la respuesta es SÍ,:

i. ¿Consumió alimentos implicados en el brote?_____

ii. ¿Trabaja en un establecimiento de alimentos que fue la fuente del brote?_____

iii. ¿Consumió en un evento comida preparada por una persona enferma?_____

2. Estuvo recientemente en un evento o lugar donde se confirmó un brote de enfermedad? Sí/NO

En caso afirmativo, ¿cuál fue la causa del brote de la enfermedad confirmado?_____

Si la causa fue uno de los siguientes cinco patógenos, ¿la exposición al patógeno cumplió con los siguientes criterios?

c. Norovirus (última exposición en las últimas 48 horas) **SÍ/NO**
d. *E. coli*O157:H7 u otro STEC (última exposión últimos 3 días) **SÍ/NO**
e. *Shigel/a*spp. (última exposición últimos 3 días) **SÍ/NO**
f. S. Typhi (última exposición últimos 14 días) **SÍ/NO**
g. Virus de la hepatitis A (última exposición últimos 30 días) **SÍ/NO**

¿Vive usted en el mismo hogar que una persona diagnosticada con norovirus, shigelosis, fiebre tifoidea, hepatitis A o enfermedad causada por E. coli O157:H7 u otra STEC?

Sí / NO Fecha de inicio de la enfermedad_____

3. ¿Algún miembro de su familia asiste o trabaja en un entorno donde hay un brote confirmado de norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis, infección por STEC o hepatitis A?

Sí / NO Fecha de inicio de la enfermedad_____

Nombre, dirección y número de teléfono de su profesional de la salud o médico:

Nombre_____

Dirección_____

Teléfono - Horario diurno:_____*Noche:*_____

Firma del Empleado Condicional_____ Fecha_____

Firma del Empleado que Manipula Alimentos_____ Fecha_____

Firma del titular del Permiso o de su Representante._____ Fecha_____

FORM 1-8 **Acuerdo de Reporte de Empleado Condicional o de Empleado de Alimentos**

Prevención de la transmisión de enfermedades a través de alimentos por empleados condicionales infectados o empleados de alimentos con énfasis en la enfermedad debido a Norovirus, *Salmonella* Typhi, Shigella spp. o *Escherichia coli* productora de toxina shiga (STEC), *Salmonela* no tifonida o virus de la hepatitis A.

El propósito de este acuerdo es informar a los empleados condicionales o empleados de alimentos sobre su responsabilidad de notificar a la persona a cargo cuando experimenten alguna de las condiciones enumeradas* de modo que *la persona responsable puede tomar las medidas adecuadas para prevenir la transmisión de enfermedades transmitidas por los alimentos.

ACEPTO REPORTARME A LA PERSONA A CARGO:

Cualquier aparición de los siguientes síntomas, ya sea durante la jornada laboral o fuera de ella, incluyendo la fecha de aparición:

1. Diarrea
2. vómitos
3. Ictericia
4. Dolor de garganta con fiebre
5. Cortes o heridas infectadas, o lesiones con pus en la mano, muñeca, una parte del cuerpo expuesta u otra parte del cuerpo y los cortes, heridas,o las lesiones no están cubiertas adecuadamente (*como forúnculos y heridas infectadas por pequeñas que sean)*

Diagnóstico médico futuro:

Siempre que se le diagnostique como enfermo con norovirus, fiebre tifoidea*(Salmonela*Typhi),shigelosis*(Shigel/a*infección por spp.), *Escherichia* E. coli O157:H7 u otra infección por STEC, Salmonella no tifoidea o hepatitis A (infección por el virus de la hepatitis A)

Exposición futura a patógenos transmitidos por los alimentos:

1. Exposición o sospecha de haber causado cualquier brote confirmado de norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis, E. coli O157:H7 u otra infección por STEC, o hepatitis A.
2. Un miembro del hogar diagnosticado con norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis o enfermedad causada por STEC.,o hepatitis A.
3. Un miembro del hogar que asista o trabaje en un entorno donde se ha confirmado un brote de enfermedad por norovirus, fiebre tifoidea, shigelosis, E. coli O157:H7 u otra infección por STEC, o hepatitis A.

He leído (o me han explicado) y comprendo los requisitos relativos a mis responsabilidades en virtud del **Código de Alimentos** y este acuerdo para cumplir con:

1. Requisitos de notificación especificados anteriormente que incluyen síntomas, diagnósticos y exposición especificada;
2. Restricciones o exclusiones laborales que me sean impuestas; y
3. Buenas prácticas de higiene.

Entiendo que el incumplimiento de los términos de este acuerdo podría dar lugar a acciones por parte de la empresa de alimentos, el servicio de empleo o la autoridad reguladora de alimentos que puede poner en peligro mi empleo y que puede implicar acciones legales en mi contra.

Nombre del empleado Condicional (por favor, escriba en letra de imprenta)_____

Firma del Empleado Condicional_____ **Fecha**_____

Nombre del Empleado de Alimentos (por favor, escriba en letra de imprenta)_____

Firma del Empleado de Alimentos_____ **Fecha**_____

Firma del titular del Permiso o de su Representante _____**Fecha**_____

Cuestionario de Evaluación Médica de Respiradores de OSHA

Una vez completado, devuelva el cuestionario médico directamente al PLHCP designado (si lo hubiera) o en un sobre cerrado (sobre disponible a petición) dirigido al Director de Enfermería (PLHCP) y entréguelo en la oficina administrativa de la Institución, al Director de Enfermería, al Supervisor o al Profesional Sanitario designado. Los empleados pueden completar el cuestionario durante su horario laboral con la ayuda del empleador, si así lo solicitan.

***Su Director de Enfermería es el PLHCP designado* o RN designada que revisará este formulario o la persona designada. Puede comunicarse con el Director de Enfermería personalmente o llamar al número de teléfono de la Institución.

Parte A Sección 1. (Obligatoria) La siguiente información debe ser proporcionada por cada empleado que haya sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador (por favor, escriba en letra de imprenta).

1. Fecha de hoy:_____
2. Su nombre:_____
3. Su edad (redondeada al año más cercano):_____
4. Sexo (marque uno): Masculino/Femenino
5. Su estatura:_____pies_____pulgadas
6. Su peso_____libras.
7. Su puesto de trabajo:_____
8. Un número de teléfono donde pueda comunicarse con usted el profesional de la salud que revisa este cuestionario (incluya el código de área):_____
9. El mejor momento para llamarle a este número:_____
10. ¿Su empleador le ha indicado cómo contactar al profesional de la salud que revisará este cuestionario? (marque una opción): Sí/No
11. Seleccione el tipo de respirador que utilizará (puede seleccionar más de una categoría):

    a. _____Respirador desechable N, R o P (máscara con filtro, solo del tipo sin cartucho).

    b. ____Otro tipo (por ejemplo, de media o cara completa, purificador de aire motorizado, de suministro de aire, aparato respiratorio autónomo).

12. ¿Ha usado usted una mascarilla respiratoria? (marque una opción): Sí/No Si "sí", ¿qué tipo(s)?

Parte A. Sección 2. (Obligatoria) Las preguntas 1 a 9 a continuación deben ser respondidas por cada empleado que haya sido seleccionado para usar cualquier tipo de respirador (marque con un círculo "sí" o "no").

	SÍ	NO
1. ¿Fumas tabaco *actualmente* o lo ha fumado en el último mes?	☐	☐
2. ¿Ha padecido alguna de las siguientes afecciones?		
a. Convulsiones	☐	☐
b. Diabetes (enfermedad del azúcar)	☐	☐
c. Reacciones alérgicas que interfieren con la respiración.	☐	☐
d. Claustrofobia (miedo a los lugares cerrados)	☐	☐
e. Dificultad para percibir olores	☐	☐
3. ¿Ha tenido alguna vez alguno de los siguientes problemas pulmonares?	☐	☐
a. Asbestosis	☐	☐
b. Asma	☐	☐
c. Bronquitis crónica	☐	☐
d. Enfisema	☐	☐
e. Neumonía	☐	☐
f. Tuberculosis	☐	☐
g. Silicosis	☐	☐
h. Neumotórax (colapso pulmonar)	☐	☐
i. Cáncer de pulmón	☐	☐
j. Costillas rotas	☐	☐
k. Cualquier lesión o cirugía en el pecho	☐	☐
i. Cualquier otro problema pulmonar del que le hayan hablado	☐	☐
4. ¿Presenta actualmente alguno de los siguientes síntomas de enfermedad pulmonar?	☐	☐
a. Dificultad para respirar	☐	☐
b. Dificultad para respirar al caminar rápido en terreno llano o al subir una ligera pendiente o inclinación.	☐	☐
c. Dificultad para respirar al caminar con otras personas a un ritmo normal en terreno llano.	☐	☐
d. Tener que detenerse para recuperar el aliento al caminar a su propio ritmo en terreno llano.	☐	☐
e. Dificultad para respirar al lavarse o vestirse.	☐	☐
f. Dificultad para respirar que interfiere con su trabajo	☐	☐
g. Tos con expectoración de flema (esputo espeso)	☐	☐
h. Tos que le despierta temprano por la mañana	☐	☐

i. Tos que se produce principalmente cuando estás acostado.	☐	☐
j. Tosiendo sangre en el último mes	☐	☐
k. Sibilancias	☐	☐
l. Sibilancias que interfieren con su trabajo	☐	☐
m. Dolor en el pecho al respirar profundamente	☐	☐
n. Cualquier otro síntoma que crea que pueda estar relacionado con problemas pulmonares.	☐	☐
5. ¿Ha padecido alguna vez alguno de los siguientes problemas cardiovasculares o cardíacos?	☐	☐
a. Ataque al corazón	☐	☐
b. Accidente cerebrovascular	☐	☐
c. Angina de pecho	☐	☐
d. Insuficiencia cardíaca	☐	☐
e. Hinchazón en las piernas o los pies (no causada por caminar)	☐	☐
f. Arritmia cardíaca (latidos cardíacos irregulares)	☐	☐
g. Presión arterial alta	☐	☐
h. Cualquier otro problema cardíaco del que le hayan hablado.	☐	☐
6. ¿Ha tenido alguna vez alguno de los siguientes síntomas cardiovasculares o cardíacos?	☐	☐
a. Dolor o opresión frecuentes en el pecho		
b. Dolor u opresión en el pecho durante la actividad física	☐	☐
c. Dolor u opresión en el pecho que interfiere con su trabajo.	☐	☐
d. En los últimos dos años, ¿ha notado que su corazón da saltos o latidos irregulares?	☐	☐
e. Acidez estomacal o indigestión que no está relacionada con la comida.	☐	☐
f. Cualquier otro síntoma que crea que pueda estar relacionado con problemas cardíacos o circulatorios.	☐	☐
7. ¿Actualmente toma algún medicamento para alguno de los siguientes problemas?	☐	☐
a. Problemas respiratorios o pulmonares	☐	☐
b. Problemas cardíacos	☐	☐
c. Presión arterial	☐	☐
d. Convulsiones	☐	☐

	SÍ	NO
8. Si ha utilizado un respirador, ¿ha tenido alguna vez alguno de los siguientes problemas? (Si nunca ha utilizado una mascarilla respiratoria, marque la casilla siguiente y pase a la pregunta 9). ☐	☐	☐
a. irritación ocular	☐	☐
b. alergias o erupciones cutáneas	☐	☐
c. Ansiedad	☐	☐
d. Debilidad o fatiga general	☐	☐
e. Cualquier otro problema que interfiera con el uso de un respirador	☐	☐
9. ¿Le gustaría hablar con el profesional sanitario que revisará este cuestionario?	☐	☐

¿Qué opina de sus respuestas a este cuestionario?

Firma del empleado_____ **Fecha**_____

CONFIDENCIAL CUANDO ESTE COMPLETADO

AUTORIZACIÓN MÉDICA *(Lo completa un médico u otro profesional sanitario autorizado)*

Autorización médica para el uso de un respirador N95 en un entorno de atención clínica:

❑ Aprobado ❑ Aprobado con restricciones ❑ Denegado.

Observaciones:

MÉDICO/PROFESIONAL DE LA SALUD NOMBRE IMPRESO	FIRMA DEL MÉDICO/PROFESIONAL DE LA SALUD
EMPRESA DE MÉDICOS/PROFESIONALES DE LA SALUD ☐ Director Médico ☐ Dir de Enfermería ☐ PLHCP ☐ Enfermera titulada	FECHA

NOTIFICACIÓN DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE PRIVACIDAD APROBACIÓN DEL USO DE RESPIRADORES

Para participar en este programa, deberá proporcionar información biográfica y médica personal a profesionales Médicos. Por lo tanto, la Ley de Privacidad de 1974 exige que se le proporcione la siguiente información sobre el programa antes de su participación.

AUTORIZACIÓN: Estamos autorizados por la Ley de Seguridad y Salud Ocupacional de 1970 y el Título 5 del Código de los Estados Unidos, Sección 3301, para obtener información personal de los participantes en el programa. El Título 29 del Código de Regulaciones Federales, Parte 1910.134, establece la evaluación médica y la participación obligatoria en un programa de protección respiratoria.

PROPÓSITO - El programa está diseñado para proteger a los empleados de la Institución de los peligros potenciales en su entorno laboral y para reducir la exposición a agentes nocivos. Los registros de evaluación médica documentarán el estado de salud y proporcionarán una evaluación de las medidas de protección respiratoria aprobadas.

USOS RUTINARIOS - El uso de un respirador puede suponer una carga fisiológica que varía según el tipo de respirador, las condiciones laborales y del lugar de trabajo, y el estado de salud del empleado. La información de la evaluación médica se utiliza para valorar la capacidad del empleado para usar un respirador.

CONSECUENCIAS DE LA NO PARTICIPACIÓN: Si decide no participar o se niega a la evaluación médica, no podremos evaluar su capacidad para usar un respirador y no se le proporcionará protección respiratoria. Esto podría afectar su acceso a ciertos entornos laborales. La no participación podría conllevar medidas disciplinarias por incumplimiento de las instrucciones.

Formulario de orientación sobre seguridad para nuevos empleados

Nombre del Empleado:	Fecha de contratación:	Fecha de orientación:
Título profesional:	Nombre del departamento:	
marque una: ☐ Nuevo empleado ☐ Agencia ☐ Recontratado ☐ Tiempo parcial ☐ Temporal		

Marque los artículos cubiertos:

❑ Programa de Seguridad
- Comité de seguridad, reuniones de seguridad, nombres de los representantes del comité de seguridad
- Políticas y procedimientos de seguridad
- Comunicación de riesgos
- Plan de exposición a patógenos transmitidos por la sangre (ubicado en cada departamento)
- Coordinador/Administrador de Salud y Seguridad

❑ Notificación de Accidentes
- Informe de todos los accidentes al supervisor.
- Asegúrese de que el empleado y el supervisor completen los formularios de informe de incidentes del empleado para todos los accidentes/lesiones/enfermedades laborales reportados.
- Procedimiento en caso de lesión o enfermedad laboral con el proveedor autorizado del centro o el departamento de emergencias. (El personal de la agencia debe informar a la agencia correspondiente).

❑ Primeros auxilios
- Consulte con la enfermera de la institució para una evaluación/tratamiento.
- Ubicación de los botiquines de primeros auxilios
- Ubicación de otros equipos de emergencia (lavaojos, duchas)
- Cómo solicitar asistencia médica

❑ Plan de acción de emergencia
- Qué hacer en caso de incendio, terremoto, derrame químico y otras emergencias.
- Ubicaciones del Manual de Preparación para Emergencias: Puesto de Enfermería y/o Oficina del Administrador/Director.
- Procedimientos de evacuación del edificio
- Ubicación de las salidas, rutas de evacuación y lugar de evacuación designado.
- Ubicación de los pulsadores de alarma contra incendios y de los extintores.
- Cómo solicitar ayuda de emergencia

❑ Hábitos de trabajo personales
- Técnicas de levantamiento adecuadas
- Ergonomía
- Buenas prácticas de limpieza
- Cómo evitar resbalones y caídas
- Política antitabaco

❑ Riesgos potenciales en el trabajo
- Identificación de los riesgos específicos del puesto de trabajo y cómo minimizarlos.
- Equipo de protección personal asignado: cuidado, uso y limitaciones.

❑ Formación en el puesto de trabajo
- Capacitación/reuniones del centro/departamento
- Soluciones CE

Recibí capacitación sobre los elementos revisados.	Empleado Firma:	Fecha:
Le di instrucciones al empleado sobre los artículos. comprobado	Supervisor/Formador Firma:	Fecha:

**Por favor, complete y archive el expediente personal de la unidad del empleado.*