



# **Risk Management & Patient Safety AIRS**

**(AHCA Incident Reporting System)**

**Guía De Como Llenar/Submitir un Incidente Adverso Estatal  
State Adverse Incidents.**

# Tabla de Contenido - Table of Content

Que es un Reporte en Línea-Internet .....	1
<b><u>Acceso al Single Sign-On</u></b>	
Cómo obtener acceso para enviar-submitir un incidente adverso.....	1
Qué hacer si un usuario ya no trabaja en esa facilidad-Institución?.....	1
Olvidó su User ID/Username?.....	2
Olvidó su contraseña/password? .....	2
Necesita actualizar/editar su información de contacto? .....	2
<b><u>Requisitos de un informe de Incidente Adverso-Adverse Incident</u></b>	
Modalidades del Reporte adverso .....	3
Información del Estatuto del Estado de Florida .....	3
<b><u>Éste es su Tablero-Dashboard</u></b>	
Overview-Información general sobre: “Needs Attention” “In Progress” y “Submitted” en los Reportes .....	4
Nuevo Reporte – New Report .....	5
Cómo buscar-ubicar un reporte? .....	6
Enlaces útiles - Helpful Links .....	6
<b><u>Partes del Reporte-Report Details</u></b>	
Información del Proveedor .....	7
Persona que está reportando el incidente .....	7
Información del residente.....	8
Representante del residente .....	8
Información sobre el Incidente .....	8
Resultados del Incidente-Outcomes.....	9
Notificaciones .....	9
<b><u>Individuos Involucrados:</u></b>	
Rol/título de empleado de cada individuo involucrado en el incidente .....	10
Intervención -Involucramiento .....	10
Número de licencia del administrador y/o personal con licencia profesional.....	11
Número de Seguro Social .....	11
Ejemplo de información sobre los individuos involucrados .....	11
Como “Editar/corregir/cambiar” o Borrar Información.....	11

**Investigación:**

**Reporte Preliminar - Qué incluir en él - Preliminary Report**

**Circunstancias del Incidente (Narración de los hechos) -Circumstances of the Incident (Narrative of Facts)** .12

**Reporte Final (Día 15) - Qué incluir - Full Report**

**Análisis del Incidente (Causa aparentes) - Analysis of Incident (Apparent Cause(s))** .....13

**Resumen de actividades correctivas -Corrective Action Summary (Corrective or Proactive Actions Taken)**..13

**Qué hacer si usted cree-determina que el reporte no es adverso?** .....13

**Documentos de Soporte** .....14

**Sección de comentarios – Comments Section:**

**Cómo responder a los comentarios del personal de AHCA** .....15

**Revisar y Submitir - Review and Submit:**

**Cómo submitir/presentar su reporte** .....16

**Historial del estado del reporte -Report Status History** .....16

**Información útil para la notificación-reporte de incidentes adversos:**

**Cómo cambiar manualmente a Full Report Mode cuando el reporte está en “NEED INFO”** .....17

**Cómo Cancelar o Retirar un reporte (Cancel or Withdraw a report)** .....18

**Qué hacer si accidentalmente usted Cancel or Withdraw - retiró, canceló el reporte**.....18

**Qué hacer si el reporte fué Administrativamente cerrado “Administratively Closed”** .....18

**Posibles problemas con su computadora al conectarse a AIRS (Clear computer cookies-Troubleshooting)** ....18

**Códigos ICD – ICD Codes**.....19

**ICD-10-CM vs. ICD-10-PCS** .....20

**Otros tipos de Reportes:**

**Reporte Annual de Hospitals, Ambulatory Surgical Centers, and HMO’s** .....21

**Liability Claims Reports de Assisted Living Facilities** .....22

**Reporte de Incendios (Fire Incident) y Fallas en los sistemas**.....23

**Office of Risk Management and Patient Safety Información- Cómo contactarnos** .....24

**Recuerde guardar su trabajo, escrito periódicamente (especialmente en la Sección de Investigación del informe).**

**El sistema se apaga, cierra la sesión automáticamente después de una hora sin actividad. Si eso ocurre y el trabajo no se ha guardado, usted deberá volver a escribir-tipear la información.**

**\*\*\*Tenga en cuenta que el texto de la investigación tiene un límite de 8000 caracteres por sección.**

# Acceso al Single Sign On (SSO) – Reportes en Línea-Internet

The Agency for Health Care Administration (AHCA) La Agencia para el Cuidado y Administración de la Salud, proporciona un sistema en línea-Internet para la presentación oportuna de todos los informes/reportes adversos (Adverse Incidents).

★ **Se recomienda que más de una persona/empleado en sus instalaciones tenga acceso activo a AIRS.**

**No se aceptan informes enviados por fax, correo o email.**

Para tener acceso a AIRS, usted necesita una cuenta activa a través del Single Sign On (SSO), conocido también como AHCA Portal.

Instrucciones de como obtener acceso a AIRS las encontrará en: [AIRS SSO User Registration Guide](https://ahca.myflorida.com/health-care-policy-and-oversight/bureau-of-field-operations/office-of-risk-management-and-patient-safety), visitando nuestro sitio web: <https://ahca.myflorida.com/health-care-policy-and-oversight/bureau-of-field-operations/office-of-risk-management-and-patient-safety>.

Si no tiene acceso al AHCA Portal, usted deberá crear una cuenta de Single Sign On antes, y después podrá solicitar acceso a AIRS; deberá imprimir y enviar el “User agreement registration”, así el personal de la Agencia revisará y aprobará su solicitud para tener acceso a AIRS. Una vez que se le concede el acceso, el usuario puede crear y submitir informes de incidentes adversos (Adverse Incidents) a través del sistema AIRS.

**NO revele ni preste su ID DE USUARIO Y CONTRASEÑA a nadie. Son para su uso exclusivo y servirán como su "firma electrónica". Esto significa que usted puede ser responsable de las consecuencias de transacciones ilegales o no autorizadas.**

★ Cuando un usuario ya no está empleado en sus instalaciones, es su responsabilidad solicitar que se elimine el acceso de el empleado, hágalo enviando un correo electrónico; [ahcaregistration@ahca.myflorida.com](mailto:ahcaregistration@ahca.myflorida.com)

Si no se elimina el acceso del ex empleado, éste continuará teniendo acceso a la información personal de todos los residentes y miembros del personal.

<b>Mail To:</b> Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive, Mail Stop #61 Tallahassee, FL 32308	<b>Scan and E-Mail To:</b> AHCARegistration@ahca.myflorida.com Subject Line: AIRS User Agreement
<b>User Information:</b> <b>Name:</b> TESTER TESTERSON <b>Address:</b> 1 TEST ST, TALLYTESTY, FL 32313 <b>Phone Number:</b> (850) 850-8500	
<b>E-Mail address:</b> tester@tests.com	

User ID: tester

### AHCA Portal Login

User ID:

Password:

[Forgot Your Password?](#)

[Reset Password Instructions](#)

[New User Registration](#)

### AHCA Portal - Portal Landing

---

**Program Access**

Select the appropriate link below to be directed to the Program's access page.

[AHCA Incident Reporting System - AHCA Incident Reporting System](#)

AHCA Incident Reporting System

[Background Screening Clearinghouse - Agency For Health Care Administration](#)

---

**Request Program Access**

Choose from the list of programs below and select "Request Program Access".

---

**Manage Account**

[Edit User Information](#)

[Change Password](#)

[Update Security Question and Answer](#)

## \*¿Ha olvidado su identificación de usuario User ID-Username?

Busque la copia de su User Agreement Registration. La identificación de usuario (User ID) aparece en la parte superior derecha del formulario.

Si no puede encontrar su User Agreement Registration, Usted puede llamar a la oficina de Central Intake (850-412-3951) ellos verificarán su información antes de proporcionarle su identificación de usuario-User ID. Si no se puede verificar su información, usted deberá volver a registrarse y enviar un nuevo User Agreement Registration y así solicitar acceso a AIRS nuevamente.

## \*¿Ha olvidado tu contraseña?

No tenemos acceso a su contraseña de usuario (password). Usted deberá hacer click en "Forgot your password" y siga las instrucciones. Si no puede responder a su pregunta de seguridad, NO podrá recuperar la contraseña (password) de su cuenta. Deberá volver a registrarse y enviar un nuevo User Agreement Registration.

## \*¿Necesita editar su información de usuario?

Para actualizar-editar su información de contacto, inicie su sesión, lo llevará al AHCA Portal - Portal Landing. En "Manage Account". Usted podrá editar su información de usuario. Asegúrese de que su dirección de correo electrónico y número de teléfono estén actualizados. El sistema enviará correos electrónicos automáticos con respecto a su informe. Cambie su contraseña y actualice su preguntas y respuestas de seguridad.

## **Requisitos de un de Reporte de Incidente Adverso estatal (State Adverse Incident Report)**

**Este es un reporte estatal. Ingrese información válida en todos los campos-secciones REQUERIDOS del reporte  
Vea a continuación los Estatutos de Florida (Florida Statutes) para cada tipo de instalación-Facility Type.**

### **Assisted Living Facilities:**

Para Assisted Living Facility (ALF) Hay **dos modos de informe-report** bajo el **MISMO número de informe (mismo número de Adverse incident)**: **Preliminar-Preliminary Report** (día 1) y **Completo-Full Report** (día 15). Ambos son requeridos - obligatorios. Los Estatutos de Florida requieren que la instalación-facility envíe un informe preliminar a la agencia dentro de **primer día hábil** después de que ocurra un incidente adverso, con un informe completo a la agencia dentro de los **15 días calendario** después de que ocurra el incidente adverso. La información contenida en este informe es confidencial. Para mayor información visite [Florida Statutes 429.23](#)

### **Hospitals and Ambulatory Surgical Centers:**

Los estatutos de Florida requieren que la instalación, organización (Hospitales y Centros quirúrgicos ambulatorios) informen a la agencia de la ocurrencia de un incidente adverso dentro de los 15 días calendario posteriores a su ocurrencia. Para mayor información visite [Florida Statutes 395.0197](#)

### **Nursing Homes:**

La instalación, organización debe completar la investigación y presentar un informe de incidente adverso a la agencia dentro de los 15 días calendario posteriores a la ocurrencia del incidente adverso. Para mayor información visite [Florida Statutes 400.147](#)

### **HMO's (Health Management Organization):**

La organización debe reportar este incidente a la agencia dentro de los 3 días hábiles posteriores a lo sucedido. Se debe enviar un informe de seguimiento más detallado a la agencia dentro de los 10 días posteriores al primer informe. Para mayor información visite [Florida Statute 641.55](#)

**NOTA: Si no cumple con lo mandado por los estatutos del estado de Florida, su instalación/facility puede recibir una multa ó sanción.**

# Este es su Dashboard/Tablero

**AHCA Incident Reporting System - AIRS**

Dashboard | New | Search | Helpful Links | AHCA Portal/Logout

**Needs Attention**

Report #	Provider Type	Provider Name	Report Type	Submitted Date	Status Date	Current Status
No Data To Display						
						No items to display

**In Progress**

Report #	Provider Type	Provider Name	Report Type	Submitted Date	Status Date	Current Status
No Data To Display						
						No items to display

**Submitted**

Report #	Provider Type	Provider Name	Report Type	Submitted Date	Status Date	Current Status
No Data To Display						
						No items to display

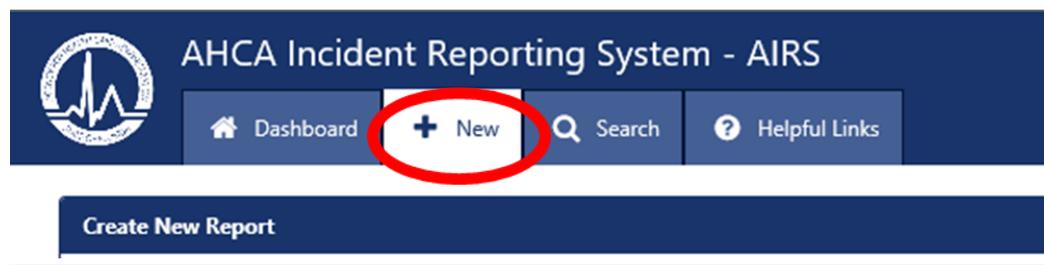
Una vez que el reporte preliminar-preliminary Report ha sido revisado por personal de AHCA Risk Management, el estado actual Current Status aparecerá en su Dashboard bajo la sección “Needs Attention” como **“REVIEWED-Revisado”** or **“NEED INFO-Necesita información”**. Una vez que usted nos ha enviado su informe, usted puede revisar el estado actual de su reporte diariamente revisando su Dashboard.

Si el estado corriente de su reporte es **“New”**, este aparecerá en la sección “In Progress” porque usted aún no ha submitido/enviado su reporte. La sección “Submitted” muestra reportes que usted ha submitido pero aún no ha completado (vea [página 18](#) por Instrucciones en como Cancelar un reporte que ha sido creado por error).

Una vez que se haya revisado el Informe completo (Full Report), el informe solo aparecerá en su Panel de control-Dashboard si el estado actual es **“NEED INFO”**. Si el informe ha sido cerrado-CLOSED, ya no aparecerá en ningún lugar de su panel/Dashboard. Usted necesitará usar **“Search”** para poder verlo-ubicarlo (vea [página 6](#) por Instrucciones en como buscar los reportes).

## Como Iniciar un Reporte Nuevo - NEW Report (Adverse Incident Report).

Para iniciar un reporte, haga click en “New” así podrá iniciar su reporte



Seleccione Provider Type, Provider Name, y Report Type – La información de su instalación-facility auto aparecerá.

**Provider Type:**

**Provider Name**

**Report Type**

**Asegúrese de seleccionar el (Report Type) “Tipo de reporte” correcto para el reporte que está llenando.**

Posibles opciones: Adverse Incident, Liability Claim, Adverse Incident (15 day), Annual Report.

Haga click en  para comenzar.

“Search” se puede utilizar para buscar todos los informes-reportes de su instalación-facility o un reporte específico.



**\*No es necesario llenar todos los espacios para buscar-ubicar un reporte o reportes**

\* At the minimum, either enter a Report # or choose a provider using the Provider/Plan Name or Provider License # or Plan Medicaid ID# fields to search.

**Report # \***

**Report Type** (Select a Report Type to display additional search fields specific to that report.)  
-- Select --

**Provider Name \***

**Provider License # \***

**Initial Submitted Start Date**

**Initial Submitted End Date**

La tabla de “**Helpful Links/Enlaces Útiles**” se encuentra en la parte superior de la página de su reporte. Puede encontrar “**Helpful Links**” adicionales en la página web [The Office of Risk Management and Patient Safety](#)

- Refer to [The Office of Risk Management and Patient Safety](#) website for important information, alerts, and contact information.
- Refer to [Adverse Incident Report Submission Guide](#) to navigate through the AHCA Incident Reporting System (AIRS) and submit a Adverse Incident report. (English Version).
- Refer to [Federal Reporting \(FEDREP\) Report Submission Guide](#) to navigate through the AHCA Incident Reporting System (AIRS) and submit a Federal Report. (Immediate/ 5-day reporting)
- For Nursing Homes, please see the [FEDREP vs. Adverse Incidents Quick Reference Guide](#) for determining which report type to submit.
- Refer to [Florida Department of Health License Verification](#) to verify an individual’s license number.
- Refer to [Multistate Licensure](#) to verify a nurse’s compact license number which originated in another state.
- Refer to [Centers for Medicare and Medicaid Services \(CMS\) Exhibits 358 and 359](#) for reporting requirements.

# Report Details-Detalles, Partes del reporte

Report Details ?
Provider Information
Person Reporting
Resident Information
Resident Representative
Incident Information
Outcomes
Notifications
Individuals Involved
Investigation
Supporting Documents
Comments
Review and Submit
Report Status History

← **NOTA:** Usted verá este simbolo “ ? ” a través de todo el reporte.  
Haga click en el para ver que se requiere para esa parte específicamente.

## Provider Information-Información del Proveedor

La información del proveedor-facility automáticamente aparecerá en el espacio requerido.

## Person Reporting-Persona que reporta el incidente

Su nombre, correo electrónico-email address, y número de teléfono automáticamente se auto llenará, se completará, con la información que usted brindó en su solicitud para tener acceso a AIRS. Cuando seleccione su título del drop-down box, proporcione (si es applicable) **su número de licencia profesional individual**, (NO el número de licencia de la instalación-facility o su número de licencia de conducir). Usted puede verificar su número de licencia profesional usando el link-enlace que se ha proporcionado en los “*Helpful Links*”.

**\*NOTA:** Si usted continúa con un informe que inició otro usuario, asegúrese de cambiar la información de la licencia para reflejar su número de licencia.

Al final de cada página “**Report Details**” usted verá

Save

Save/Next

**Save and Next** le llevará a la siguiente página.

**\* Usted puede navegar por las diferentes secciones del informe haciendo click en las pestañas - tabs, en las partes correspondientes bajo “Report Details” en la parte izquierda de la pantalla.**

## Resident Information-Información del Residente

Complete la información del residente que fué parte del incidente.  
Por favor entre un número válido de Medicaid o Medicare, si es aplicable.

**★ NOTA: Si hay más de un residente involucrado en el mismo incidente Y usted puede marcar (check) un “Outcome” por cada residente, usted deberá llenar un informe por separado para cada residente. Asegúrese de relacionar los informes en su narrativa.**

## Resident Representative-Representante del Residente

Complete toda la información relacionada al representante del residente. **Se requiere una dirección válida**. Si el residente se representa así mismo, marque la casilla en la parte superior de este sección.

## Incident Information-Información sobre el Incidente

1. Complete la fecha y lugar del incidente.

El “**Día del Incidente-Date of the Incident**” es el día que el evento, incidente ocurrió, **No** la fecha del **resultado** “outcome”.  
Use la barra deslizante para seleccionar la hora del incidente (tenga en cuenta que el sistema es en horario militar).  
El tiempo militar divide el día en 24 horas. El día en horario militar comienza a medianoche con 0000, que se pronuncia "cerocientas horas" o simplemente "cerocientos". Luego suma cien por cada hora, por lo que la 1 a. m. son 0100 (cero cien) horas, las 2 a. m. son 0200 (cero doscientas) horas y así sucesivamente.

2. Verifique, si hubo o no maquinaria involucrada en el incidente. Si equipo o maquinaria fué parte del incidente proporcione esa información.
3. Hay 3 opciones para la ubicación, localización del incidente (Incident Location) en el cuadro desplegable (drop-down box). Si la “Ubicación del incidente” está afuera en los terrenos de la instalación-facility o en cualquier lugar dentro de su instalación (que no sea la habitación del paciente), se considera “Campus de la instalación”- “Facility Campus”.

**\* Si elige “Otro-Other”, debe indicar la ubicación específica que no sea el campus de la instalación.  
Si un residente se fugó (eloped) de su instalación, sería Facility Campus.**

## Outcomes-Resultados del incidente

Usted debe poder marcar una casilla (Outcome) para presentar, llenar un informe.

La casilla que marque debe coincidir con la narrativa.

Marque cada resultado(s) “outcome” aplicable(s). \* Puede haber más de un resultado-outcome.

**\*\*Nursing Homes\*\***

Tenga en cuenta: al presentar un informe, debe poder marcar otra casilla de Resultado/Outcome que no sea “Did the events that caused or resulted in the adverse incident represent a potential risk to any other resident?”

## Notifications-Notificaciones

Si el incidente implica una muerte, por favor marque el casillero de el **Medical Examiner** y proporcione la información requerida. Marque si una autopsia se realizó.

Si **External Agencies-Agencias externas** fueron notificadas, marque las casillas apropiadas. Si usted elige “Others”, usted tendrá que enumerar “Other Agencies Notified-las Otras agencias que se han notificado”. **No use-abreviaturas** para las Agencias Notificadas. Si Law Enforcement fué notificado, debe incluir el nombre completo del departamento de Policia, oficina del Sherrif, etc.

Si un miembro de la familia fué notificado, escriba el nombre completo de esa persona.

Si el médico, ARNP fué notificado **EN EL MOMENTO DEL INCIDENTE**, escriba las ordenes y recomendaciones en el espacio de orders/recommendations. Si el médico, ARNP fué notificado y usted no recibió ordenes o recomendaciones, por favor indique eso en el espacio proporcionado. **Tenga en cuenta: si dejó un mensaje, indique si lo llamaron de vuelta y si se proporcionaron ordenes y/o recomendaciones.**

**NOTIFICACIONES:** En “Ordenes/Recomendaciones del médico”, se deben incluir ambos el nombre y las ordenes del médico.

## Individuals Involved-personas, individuos implicados (vea ejemplo en lasiguiente página)

**El nombre del residente NO** debe de incluirse en esta sección. \*Aquí incluya **TODOS:** personal, empleados (personnel), testigos (witnesses), compañeros residentes que estuvieron en contacto con el residente o que estuvieron de alguna manera involucrados **durante y/o después del incidente.**

**Rol-Role:** (Personal con Licencia, Personal sin Licencia, Witness-testigos (No Personal), Parte involucrada (no personal).  
**\*\*La palabra “Personnel-Personal” se refiere a los empleados de la instalación-facility.** Si no trabajan en su instalación-facility, entonces su rol es de testigo (No Personal) o parte involucrada (No Personal).

**Involvement:** *Involvement (participación) debe ser un job title - título del empleado or relationship -relación) con el residente.* Cualquier otra información pertenece a su narrativa. Las palabras “staff -personal” y "employee - empleado.” NO se consideran títulos de trabajo. No ponga el nombre de una ciudad.

**Ejemplos** de PERSONAL con LICENCIA-**LICENSED Personnel** incluye **“JOB TITLES-TITULOS DE TRABAJO”** como administrador, RN, LPN, CNA, etc.

**Por favor escribe el número de licencia completo y correcto.**

Escriba el prefijo de la licencia y el número de la licencia sin dejar espacios. **Por ejemplo:** NH1234, RN123456, PN123456, APRN1234567, SW1234, CNA123456, etc.

**Ejemplo** de **UNLICENSED Personnel-Personal SIN LICENCIA** incluye **“JOB TITLES-TITULOS DE EMPLEO”** como caregiver, HHA, RA, Med Tech, dietary personnel, housekeeping, maintenance, etc.

**Ejemplo** de **INVOLVED PARTY-PARTES INVOLUCRADAS y WITNESS-TESTIGOS** (No-Personal) incluya la relación con el paciente o residente, como: family member, visitor, another resident, etc. **\*\*Esto debe ser SÓLO personas que no estén empleadas en sus instalaciones.**

Edit Individual
✕

Please identify all personnel and witnesses that made contact with the patient or resident during or after the incident. The patient or resident does not need to be re-identified in this section.

Describe the capacity in which the individual was involved in the incident. Examples for licensed and unlicensed personnel include job titles such as RN, CNA, etc. Examples for Involved Parties and Witnesses include the relationship to the patient or resident, such as family member, visitor, another resident, etc.

**First Name**

**Last Name**

**Role**

**Involvement -** Describe the capacity in which the individual was involved in the incident. ←

**License #**

**SSN #**

**LICENSE#:** Usted puede verificar información sobre el número de licencia en los siguientes hyperlinks; [Florida Department of Health](#) o [The MacDonald Research Institute: Assisted Living Facility Testing](#) (para Administradores). **NO escriba, no proporcione el número de licencia de la organización-facility o su número de licencia de conducir.**

**Tenga en cuenta - \*Si la licencia es de varios estados (multi-state license), por favor provea el nombre del estado donde la licencia fue emitida, en la sección “Involvement”. Refiérase-seleccione [Multistate Licensure](#) para verificar un número de licencia compacto de enfermera que se originó en otro estado.**

**SSN#:** NO es aceptará un número de seguro social no válido, como 000-00-0000 o 123-45-6789. No se espera que proporcione un número de seguro social para alguien que no sea un empleado o residente de su instalación.

## Individuals Involved – Ejemplos de Individuos involucrados en el incidente

Este es un ejemplo de como debería verse esta sección una vez completada correctamente.  
Por favor asegúrese de proporcionar información válida en esta parte.

Individuals Involved 

 Add Individual

First Name	Last Name	Role	Involvement	License #	SSN #	Action
Captain	America	Licensed Personnel	Physician	ME000000		 
Spider	Man	Unlicensed Personnel	Maintenance			 
Iron	Man	Witness (Non-Personnel)	Brother			 
Wonder	Woman	Licensed Personnel	APRN	APRN000000		 
Black	Panther	Licensed Personnel	Administrator	NH0000		 
Cat	Woman	Licensed Personnel	nurse	PN000000		 
Green	Lantern	Involved Party (Non-Personnel)	another resident			 
Aqua	Man	Unlicensed Personnel	dietary			 
Incredible	Hulk	Involved Party (Non-Personnel)	Agency nurse			 
Captain	Marvel	Licensed Personnel	RN - Multi-State License, Texas	000000		 

Para Editar, modificar (Edit) or Borrar (Delete) “Individuals Involved” use los Action tabs.

Haga click en “  ” para editar su información. Haga Click en “  ” para borrar el individuo.

## Investigation-Investigación (3 secciones separadas en una página)

★ **Antes de empezar esta sección, por favor lea lo que se requiere para cada una de las tres partes, para que así documente, proporcione la información requerida en la sección apropiada (Narrative, Analysis, Corrective Action)**

**Preliminary Report** (Day 1): Describa las **Circumstances of the Incident/Circunstancias del Incidente** desde el **principio al final**.

**Circumstances of the Incident (Narrative of Facts-Narración de los hechos)**: La narrativa debe coincidir con la casilla que marcó en Outcomes. La narrativa debe responder a las siguientes preguntas básicas: **WHO-QUIÉN/QUIÉNES** fueron las personas involucrados durante y/o después del incidente? **WHAT-QUÉ** eventos ocurrieron? **WHERE-DÓNDE** ocurrió el incidente? **WHEN-CUÁNDO** ocurrió el incidente? (**DATES-FECHAS & TIMES-HORAS**)? Proporcione una **Línea de tiempo Cronológica-Chronological Timeline** (dates-fechas/times-horas), explicará la duración del evento de principio a fin. Si es aplicable, incluya la ubicación a dónde el residente fué transferido. \* En esta sección, si utiliza abreviaturas, escriba las palabra, nombre completo al menos una vez.

**\*\*NOTA:** Usted **NO** tendrá acceso al **Analysis of the Incident o Corrective Action Summary** hasta que su Preliminary Report (reporte preliminar) haya sido revisado (Vea la **página 17** para instrucciones en como manualmente cambiar a **Full Report Mode**). Una vez que se haya realizado la investigación en la instalación-facility, usted puede completar su Full Report (día 15).

**\*\*\* No es necesario documentar, agregar otra información en la sección Circumstances of Incident al completar el Full Report a menos que tenga un anexo/addendum o está respondiendo a comentarios publicados por AHCA.**

**\*\*\*\*Por favor sólo haga click en el botón "Save" una vez y espere a que el sistema lo guarde. Si hace click en "Save" varias veces, se guardará la misma información varias veces.**

## Investigation-Investigación (...continua)

**Full Report (Day 15):** Incluye **Analysis of the incident** y **Corrective Action Summary**. El reporte final -Full Report (Day 15) debe completarse bajo el **Mismo reporte (mismo número) - SAME REPORT NUMBER**. NO cree un nuevo reporte para el reporte final “Full Report” (15 Day report).

**El informe debe incluir los resultados de la investigación de la instalación-facility sobre el incidente adverso.  
(No la investigación de DCF’s o Law Enforcement’s).**

**Analysis of the Incident-Análisis del Incidente (Apparent Cause(s))** Aquí es donde usted va a explicar **HOW-CÓMO y WHY-POR QUÉ** el incidente ocurrió, en base a los hechos y hallazgos recopilados durante la **investigación interna en la instalación-facility** (incluidas las entrevistas con los residentes, el personal y la investigación de la escena/lugar del incidente).

 **No repita o (copy & paste) información** que fué reportada en otra sección del reporte.

**Corrective Action Summary-Resumen de las acciones correctivas (Corrective or Proactive Actions Taken)** Con base en la(s) causa(s) aparente(s) del incidente presentado en el análisis, describa las acciones correctivas o proactivas que se implementarán en la instalación-facility para evitar que este tipo de incidente o un tipo similar vuelva a ocurrir a éste u otros residentes. Enumere y explique en detalle qué tipo capacitación se le brindó al personal de la institución-facility, (si hubo alguna), o si se programó alguna capacitación para brindarle al personal. **Este es un campo requerido/obligatorio. Si usted envía un informe-incidente adverso, SIEMPRE debe haber acciones correctivas o proactivas- corrective or proactive actions.** El escribir “No corrective action required”, “N/A” and “this is not adverse” **NO** son respuestas aceptables.

Si está llenando **un reporte que usted ha determinado que no es adverso**, usted puede bien **withdraw-removerlo** o **completar el reporte con ALL-toda la información** requerida. La Oficina de Risk Management and Patient Safety no puede decirle, opinar si un incidente es denunciabile, reportable. Todos los informes enviados se revisan como Incidentes adversos. Para mayor información consulte los Estatutos del estado de Florida proporcionados en la página 3 de esta guía.



**Si un agente- surveyor considera que el incidente es un evento que debe de ser notificado en un informe, y usted ha retirado-borrado (withdrawn), es posible que reciba una citación, multa.**



**\*Vea página 18 para obtener instrucciones sobre cómo solicitar la reapertura de un informe-reporte adverso.**

## Supporting Documents-Documentos de respaldo

Report Details ?
Provider Information
Person Reporting
Resident Information
Resident Representative
Incident Information
Outcomes
Notifications
Individuals Involved
Investigation
Supporting Documents
Comments
Review and Submit
Report Status History

Algunos tipos de instalaciones-facilities tienen la opción de incluir documentos de soporte-Supporting Documents. Los documentos de soporte deben respaldar lo que usted ha escrito en su informe. **NO es aceptable escribir simplemente “Ver adjunto-See attached” en la sección “Investigación-Investigation” del informe.**

**\*Tenga en cuenta:** Documentos grandes, mayores de 4 GB deben dividirse en varios archivos antes de que sean agregados-uploaded a su reporte.

### Ejemplos de Supporting Documents:

- Autopsy Report
- Toxicology report
- Police Report
- Education Sign-in Sheets
- Diagnostic Reports
- Requested Information (requested from AHCA)
- Policies and Procedures
- Witness Statements



## Comments-Comentarios

Esta sección es únicamente informativa (es para el uso exclusivo de los empleados de AHCA), así se le notificará si más información es necesaria. Si recibe un correo electrónico automatizados, en el que se indica que se requieren o podrían ser necesarias acciones adicionales, **ABRA SU REPORTE**. Abrirá en la sección de comentarios-Comments section. Revise los comentarios/preguntas y responda incluyendo la información que se le está solicitando. **Al responder al comentario, no es necesario repetir la información que usted ya ha documentado en el informe previamente. Los comentarios, observaciones que se publican, se dan para ayudarlo a identificar la información necesaria que usted debe brindar para completar su informe.**

- ★ Si envía el informe sin responder los comentarios, el comentario se republicará para que la información requerida sea proporcionada por Ud.
- ★ **Solo necesita responder a las preguntas con la fecha más reciente.** Las preguntas anteriores permanecerán en la lista aunque ya se hayan respondido. **Si no proporciona la información solicitada, su informe puede ser cerrado administrativamente - Administratively Closed.**

Tenga en cuenta la “Section Name”. Cuando usted pasa el cursor sobre la palabra, verá el icono de la mano (☞). Podrá hacer click en él y lo llevará a la sección donde se debe agregar la información. El comentario también aparecerá en la parte inferior de la página de esa sección.

### Comments

Only Agency staff can add section comments. Please respond to section comments by clicking on the Section Name link to navigate to the appropriate section and editing the field(s) on the data entry screen. [Click here](#) to view Comments in a new window.

Created Date	Section Name	Comment	Created By
03/18/2021 01:48:58 PM	Notifications	Notifications: Please clarify - If the physician/PA/ARNP was notified AT THE TIME OF THE INCIDENT; list the provider's NAME and orders/recommendations. If you did not receive any orders or recommendations, please indicate that in the space provided. Please note: If you left a message for the physician or ARNP, indicate if you received a call back and if orders/recommendations were provided.	FDHC\morthiej
03/18/2021 01:48:19 PM	Notifications	Notifications: Under "External Agencies Notified?" Please list the name of the law enforcement agency/department you contacted.	FDHC\morthiej
03/18/2021 01:47:17 PM	Outcomes	OUTCOMES: Please check every applicable outcome. If the resident was transferred out of your facility for more acute or higher level of care due to the incident rather than the resident's condition before the incident, please check the appropriate box and list the location (name of facility) to which the resident was transferred. Please do not use abbreviations for the facility name. Please review the Report Submission Guide located under "Helpful Links".	FDHC\morthiej
03/18/2021 01:47:09 PM	Outcomes	Outcomes: The content of this report does not support the box you checked. If this incident was not reported to law enforcement, the check mark for "An event that is reported to law enforcement or its personnel for investigation" must be removed. DCF is not law enforcement.	FDHC\morthiej
03/18/2021 01:07:56 PM	Person Reporting	Person Reporting Information: Please remove the facility license number from this section. License # refers to your individual license number, if you have one, not the facility's license number. You may verify license information by going to the "Helpful Links" tab and clicking on the appropriate link.	FDHC\morthiej

## Review and Submit-Revisar y Enviar, Submitir, Presentar su reporte

El estado de su informe permanecerá como “New” hasta que usted haga click en . Si usted no ve el botón de “Submit Report”, vea la descripción del error y haga click en el nombre de la sección para completar la información requerida, es muy probable que haya alguna parte del reporte que aún le falte completar información.

### Example of Error Description

Report Details <span>?</span>	
Provider Information	
Person Reporting	✓
Resident Information	✓
Resident Representative	✓
Incident Information	✓
Outcomes	✓
Notifications	✓
Individuals Involved	✓
Investigation	✓
Supporting Documents	
Comments	
Review and Submit	
Report Status History	

Section Name	Error Description
Person Reporting	Reporter not updated: Please enter your information and click save to update with your information.
Investigation	Analysis is missing
Investigation	Corrective Action Summary is missing

La marca de verificación **check mark** junto al nombre de cada sección indica que la sección está completa.

Si su reporte está en estado de “NEED INFO” y usted ya respondió a los comentarios, **NO SE OLVIDE** de ir a la sección de **Review and Submit** para submitir su reporte nuevamente. Si usted no hace click en , este no aparecerá en nuestro Dashboard (no transmite a AHCA.)

### Report Status History-Historial de estado del reporte

Esta sección muestra el historial de su informe-reporte. Incluye el estado del reporte (status code), la descripción del estado, el modo del informe, quién creó el informe y la fecha/hora del estado.

**NOTA:** Este sistema le enviará un correo electrónico automático cuando envíe un informe.

\*Si se revisa un informe y requiere información adicional, o si el informe nos llega tarde, usted recibirá correos electrónicos diarios hasta que se hayan solucionado los problemas/información haya sido presentada.

## Helpful Information for ALF's - Información útil para ALFs

Si el estado de su reporte está en **“NEED INFO”** usted puede hacer una de las siguientes dos cosas.

1. Corregir la información y vuelva a enviar el informe preliminar
2. Cambiar el estado del reporte a **“Full Report Mode”**. Usted puede cambiar el modo-status-estado de su informe yendo a la parte de **Investigación**. Verá un cuadro en la esquina superior derecha donde puede cambiar el Modo de informe a **Full-Completo**. Luego, debe proporcionar la información solicitada y completar el análisis y la acción correctiva-**Analysis and Corrective Action** antes de volver a enviar, submitir el informe.

Report #:	Report Status: <b>NEED INFO</b>	Provider Name:	User Name: ^
Report Type: <b>Adverse Incident</b>	Provider Type: <b>Assisted Living Facility</b>		
Incident Date: <b>03/29/2018</b>	Report Mode: <b>Preliminary</b>		
Change Report Mode ⓘ			 <input type="button" value="Change Report Mode"/>

**Una vez que cambie el informe al modo completo-Full Mode, no podrá volver a cambiarlo al modo preliminar-Preliminary Mode.**

**Change Report Mode**
×

Please change the report mode from Preliminary to Full to submit a full report along with the additional information requested by the Agency.

Preliminary
  Full

## How to Cancel or Withdraw a Report-Cómo cancelar o retirar un informe

Usted puede hacer click en  si el reporte fué creado por error.

Are you sure you want to cancel this report? Once it has been cancelled, it cannot be re-opened.

Yes No

Usted puede también hacer click en  si opta por retirar el **REPORTE COMPLETO-ENTIRE REPORT**

Are you sure you want to withdraw this entire report?

Yes No

**Definición de “Administratively Closed-Cerrado administrativamente”**- La Agencia cerró administrativamente-Administratively Closed el reporte porque no se recibió la información solicitada del proveedor.

**NOTA:** Una vez que un informe ha sido “retirado” o “cerrado administrativamente” “Withdrawn” o “Administratively Closed”, usted no podrá volver a abrirlo. Envíe un correo electrónico solicitando que se vuelva a abrir el informe con el motivo. Envíe la solicitud a **The Office of Risk Management and Patient Safety** al correo electrónico [riskmgmtps@ahca.myflorida.com](mailto:riskmgmtps@ahca.myflorida.com). Una vez que se recibimos el correo electrónico, su informe se colocará en el estado “NEED INFO”.

### TROUBLESHOOTING-SOLUCIÓN DE PROBLEMAS en su computadora

**Si tiene dificultades técnicas con su computadora, si recibe un error en la página/sistema al tratar de conectarse a AIRS; borre sus cookies, caché y reinicie su computadora. También puede cambiar a un buscador diferente, otro browser.**

## Hospitalization/ Hospitalización

### ICD-10 Information Sheet/ Hoja de información de ICD-10

ICD-10 es 10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD), es la décima (10ma) revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud relacionados (ICD), es una lista de clasificación médica dada por la Organización Mundial de la Salud-World Health Organization (WHO). Contiene códigos para enfermedades, signos y síntomas, hallazgos anormales, quejas, circunstancias sociales y causas externas de lesiones o enfermedades.

#### **The valid values for the ICD-10 codes are:/ Los valores válidos para los códigos ICD-10 son:**

- ★ **Admitting Diagnosis:** valid values include all **ICD-10-CM** codes from **A00 - Z99**. (Any of the ICD-10-CM codes are accepted but no ICD-10-PCS codes are accepted)
- ★ **Surgical, Diagnostic, or Treatment:** valid values include **all ICD-10-PCS codes**. (Only ICD-10-PCS codes are accepted, ICD-10-CM codes are not accepted)
- ★ **External Cause Code:** valid values include **ICD-10-CM codes** within the range of V00 - Y99 or Z00 - Z99. (Only ICD-10-CM codes **that start with V, W, X, Y, or Z** are accepted)
- ★ **Resulting Injury Code:** valid values include **ICD-10-CM** codes within the range of **S00 - T88**. (**Only ICD-10-CM codes that start with S or T are accepted**)

# ICD-10 Information Sheet (continued)

## ICD-10 Coding/ Codificación ICD-10

### ICD-10-CM vs. ICD-10-PCS

Con la transición a ICD-10, en los Estados Unidos, los códigos ICD-9 se segmentan en códigos ICD-10-CM e ICD-10-PCS. El “CM” en los códigos ICD-10-CM significa modificación clínica; Los códigos ICD-10-MC fueron desarrollados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en conjunto con el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS), para la codificación e informes médicos para pacientes ambulatorios en los Estados Unidos, según lo publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

“PCS” en los códigos ICD-10-PCS significa el sistema de clasificación de procedimientos. ICD-10-PCS es un sistema de codificación médica completamente independiente de ICD-10-CM, que contiene 87.000 códigos adicionales para su uso ÚNICAMENTE en entornos hospitalarios para pacientes hospitalizados en los Estados Unidos. El sistema de clasificación de procedimientos (ICD-10-PCS) fué desarrollado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) junto con 3M Health Information Management (HIM).

Los códigos ICD-10-MC agregan mayor especificidad a sus predecesores ICD-9, aumentando a cinco veces el número de códigos que el sistema actual; un total de 68.000 códigos de diagnóstico de modificación clínica. Los códigos ICD-10-CM brindan la capacidad de rastrear y revelar más información sobre la calidad de la atención médica, lo que permite a los proveedores de atención médica comprender mejor las complicaciones médicas, diseñar mejor el tratamiento y la atención, y comprender y determinar mejor el resultado de la atención.

ICD-10-PCS se usa solo para pacientes hospitalizados, entornos hospitalarios en los Estados Unidos, y está destinado a reemplazar el volumen 3 de ICD-9 para la notificación de procedimientos de pacientes hospitalizados en las instalaciones. Debido al rápido y constante estado de cambio en los procedimientos y la tecnología médicos, la ICD-10-PCS se desarrolló para adaptarse al panorama cambiante. Los procedimientos comunes, las pruebas de laboratorio y las sesiones educativas que no son exclusivas del entorno hospitalario para pacientes internados se han omitido de ICD-10-PCS.

With the transition to ICD-10, in the United States, ICD-9 codes are segmented into ICD-10-CM and ICD-10-PCS codes. The “CM” in ICD-10-CM codes stands for clinical modification; ICD-10-CM codes were developed by the Centers for Disease Control and Prevention in conjunction with the National Center for Health Statistics (NCHS), for outpatient medical coding and reporting in the United States, as published by the World Health Organization (WHO).

“PCS” in ICD-10-PCS codes stands for the procedural classification system. ICD-10-PCS is a completely separate medical coding system from ICD-10-CM, containing an additional 87,000 codes for use ONLY in United States inpatient, hospital settings. The procedure classification system (ICD-10-PCS) was developed by the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) in conjunction with 3M Health Information Management (HIM).

ICD-10-CM codes add increased specificity to their ICD-9 predecessors, growing to five times the number of codes as the present system; a total of 68,000 clinical modification diagnosis codes. ICD-10-CM codes provide the ability to track and reveal more information about the quality of healthcare, allowing healthcare providers to better understand medical complications, better design treatment and care, and better comprehend and determine the outcome of care.

ICD-10-PCS is used only for inpatient, hospital settings in the United States, and is meant to replace volume 3 of ICD-9 for facility reporting of inpatient procedures. Due to the rapid and constant state of flux in medical procedures and technology, ICD-10-PCS was developed to accommodate the changing landscape. Common procedures, lab tests, and educational sessions that are not unique to the inpatient, hospital setting have been omitted from ICD-10-PCS.

# Annual Reports-Reportes Anuales

**\* LOS INFORMES ANUALES SE DEBEN ENVIAR NO MAS TARDE QUE EL 1 DE ABRIL DE CADA AÑO**

Report Details <span style="float: right;">?</span>
Provider Information
Person Reporting
Risk Manager Information
Reportable Incidents
Malpractice Claims
Supporting Documents
Comments
Review and Submit
Report Status History

## Hospitals and Ambulatory Surgical Centers:

[Section 395.0197](#), Florida Statutes require each licensed facility subject to this section to submit an annual report to the agency summarizing the incident reports that were filed during the preceding calendar year. The information contained in this report is confidential.

Los estatutos de la Florida requieren que cada instalación autorizada sujeta a esta sección presente un informe anual a la agencia que resuma los informes-reportes de incidentes que se presentaron durante el año calendario anterior. La información contenida en este informe es confidencial.

## HMO's (Health Management Organization):

[Section 641.55](#), Florida Statutes require each organization subject to this section to submit an annual report to the agency summarizing the incident reports that were filed in the organization during the preceding calendar year pertaining to services rendered on the premises of the organization. The information contained in this report is confidential.

Los estatutos de la Florida requieren que cada instalación autorizada sujeta a esta sección presente un informe anual a la agencia que resuma los informes-reportes de incidentes que se presentan durante el año calendario anterior. La información contenida en este informe es confidencial.

## Preguntas frecuentes

### **¿Por qué no se cargan mis documentos de respaldo/ supporting documents?**

Los documentos grandes de más de 4 GB deben dividirse en varios archivos antes de que sean aceptados.

### **¿AHCA proporciona un formulario para Risk Manager Quarterly Report?**

No. Cada institución debe crear su propio formulario para su Informe Trimestral del Gerente de Riesgos/ Risk Manager Quarterly Report.

**¿Se puede eliminar del informe un documento cargado/uploaded?** Si. El sistema no le dará la opción de eliminarlo inmediatamente. Vuelva a consultar después de un par de días y verá la Acción para eliminar.

**¿Se puede re-abrir un Informe Anual CERRADO?** Sí. El usuario debe enviar la solicitud a **The Office of Risk Management and Patient Safety, correo electrónico [riskmgmtps@ahca.myflorida.com](mailto:riskmgmtps@ahca.myflorida.com)**. Una vez que se reciba su solicitud, su informe se colocará en el estado "NEED INFO/NECESITA INFORMACIÓN".

# Liability Claim Reports

## For Assisted Living Facilities

Report Details
Provider Information
Person Reporting
Resident Information
Incident Information
Type of Injury
Alleged Violations
Comments
Review and Submit
Report Status History

### Florida Administrative Code 59A-36.017

Liability Claim Report.

(1) MONTHLY LIABILITY CLAIM REPORT. Each assisted living facility must report monthly any liability claim filed against the facility pursuant to rule [59A-35.110, F.A.C.](#), which requires online reporting. Each facility must comply with the reporting time frames and transmission requirements specified in section [429.23\(5\), F.S.](#)

(2) If a liability claim has not been filed against the facility in a given month, no report is required.

### Florida Administrative Code 59A-36.017

Liability Claim Report.

(1) MONTHLY LIABILITY CLAIM REPORT. Cada assisted living facility debe informar mensualmente cualquier reclamo de responsabilidad- liability claim presentado en contra el centro-facility de conformidad con la regla [59A-35.110, F.A.C.](#), que requiere informes en línea. Cada instalación debe cumplir con los plazos de presentación de informes y los requisitos de transmisión especificados en la sección [429.23\(5\), F.S.](#)

(2) Si no se ha presentado un reclamo de responsabilidad contra la instalación en un mes determinado, no se requiere ningún informe.

## Fire Incident Reporting and Systems Failure/Informes de incidentes de incendio y fallas de sistemas

### Fire Incident Reporting

Todos los incendios deberán informarse a la Agency for Health Care Administration, Oficina de Planes y Construcción/ Office of Plans and Construction, 2727 Mahan Drive, MS #24, Tallahassee, Florida 32308, (850) 412-4477, **el siguiente día hábil después del suceso/incidente.**

Se debe completar un “Informe de incidente de incendio, AHCA #3500-0031, mayo de 1998” y enviarlo a la Oficina de Planes y Construcción dentro de los 15 días calendario posteriores al incendio. Todos los informes deberán ser completos y minucioso.

Se puede acceder a este informe desde el sitio web de la Agencia en: <https://ahca.myflorida.com/health-care-policy-and-oversight/office-of-plans-and-construction>

Desplácese hasta “Forms and Reports” e imprima el formulario “Fire Incident Report” También se puede obtener ese formulario llamando a Office of Plans and Construction at (850) 412-4477. [Fire Incident Reporting Form](#)

### Systems Failure

En caso de una falla del sistema de alarma contra incendios, sistema de detección de humo, sistemas de energía o sistema de rociadores, la instalación deberá tomar inmediatamente las siguientes acciones:

1. Notifique al departamento de bomberos local y documente las instrucciones.
2. Notifique the Agency for Health Care Administration a través de Field Operations/Field Office.
3. Evaluar el alcance de la condición y efectuar acciones correctivas, con un período documentado. Si la acción correctiva tomará más de cuatro (4) horas, se deberán completar los siguientes elementos:
  - ★ Implementar un plan de contingencia para el plan de incendio de la instalación que contenga: una descripción del problema, una descripción específica de la falla del sistema y el período de corrección proyectado. Todo el personal de los turnos involucrados deberá contar con capacitación en servicio documentada para la contingencia de emergencia.
  - ★ Inicie una vigilancia/supervisión contra incendios documentada hasta que se restablezca el sistema. Las personas utilizadas para la vigilancia/ supervisión contra incendios deben estar capacitadas sobre qué buscar, qué hacer y poder comunicarse rápidamente con el departamento de bomberos. Para mantener una vigilancia contra incendios, la instalación deberá utilizar únicamente personal público certificado en seguridad contra incendios, un servicio de guardia o personal de la instalación. Si se utiliza personal del establecimiento para esta función, deberá cumplir con lo siguiente:
    - ★ Estar fuera de servicio de su puesto habitual en las instalaciones y cumplir con las proporciones de personal y las políticas de personal estatales actuales.
    - ★ Estar capacitado y ser competente en los deberes y responsabilidades de un guardia contra incendios.
4. Tener una disposición para la comunicación electrónica prioritaria.
 

Si el período de corrección proyectado cambia o cuando el sistema se restablece a su funcionamiento normal, la instalación deberá notificar a la Agency for Health Care Administration y a las autoridades locales de bomberos.

★ **Tenga en cuenta:** solo debe llenar/enviar un informe estatal de incidente adverso (adverse incident report) si hay daño a un residente y si usted puede marca una casilla de resultado (outcome) en el formulario de informe de incidente adverso de AIRS.

# Office of Risk Management and Patient Safety

- ❖ Visit the webpage at/Visite nuestra página web:  
<https://ahca.myflorida.com/health-care-policy-and-oversight/bureau-of-field-operations/office-of-risk-management-and-patient-safety>
- ❖ Vea los próximos cambios en *Important Notices and Alerts*
- ❖ Contáctenos al 850-412-3731, o escribanos directo a: [Riskmgmtps@ahca.myflorida.com](mailto:Riskmgmtps@ahca.myflorida.com)