

AUTORIZACIÓN DE SERVICIO/ACCESO A REGISTROS

Yo, _____, he sido informado que Compassionate Healthcare Services, Inc., referido en este documento de consentimiento como la Agencia, es mi agencia de salud doméstica principal y tiene licencia para proveer servicios de salud doméstica bajo un Plan de Atención autorizado por mi médico. Acepto tratamiento de la Agencia. Puedo llamar a la Agencia las 24 horas del día con respecto al cuidado de mi salud al (281) 501-2107. Esta no es una línea de emergencia. Llamar al 911 en caso de emergencia. Es política de la Agencia proteger todos los registros clínicos contra pérdida, daño, alteración y uso de personas no autorizadas. Autorizo a la agencia a divulgar la información médica a mi médico, la institución de mi elección, fuente de pago u organización certificadora/reguladora/consultora como sea apropiado. Autorizo la divulgación del Plan de Tratamiento y el Resumen de Alta Médica al ser transferido a otra institución de cuidado médico.

AUTORIZACIÓN ECONÓMICA

Autorizo el pago de beneficios en mi nombre.

Factura Medicare 100% - Medicare #: _____ Fecha de efectividad: Parte A _____ Parte B _____

Todos los servicios cubiertos por Medicare, incluyendo terapias y provisiones, serán pagados por Medicare. Entiendo que podré ser responsable de pago si los servicios fueran prestados por otro diferente a la Agencia, mientras la agencia presta servicios.

Factura Medicaid 100% - Medicaid #: _____ Fecha de efectividad: _____

Factura Seguro primario: _____ % Empresa aseguradora: _____

Factura Seguro secundario: _____ % Empresa aseguradora: _____

Factura paciente: Co-pago _____ Pago de _____ Por visita _____ Por hora _____

Soy responsable de informar a la Agencia si cambio a una HMO, Medicare Advantage/HMO; o podré ser responsable del pago de mis servicios domésticos de salud Medicare.

Pagaré cualquier servicio o gasto de provisión no reembolsado por mi compañía aseguradora mensualmente. Pagaré todos los gastos incurridos mensualmente si no tengo cobertura de un seguro. Si se negara un pedido de servicios médicos domésticos que la Agencia ha enviado en mi nombre, por la presente elijo no apelar el rechazo por mí mismo, sino que por la presente autorizo a la Agencia a reenviar el reclamo por mí y representarme en mis negociaciones. Autorizo a la Agencia a iniciar una demanda al Comisionado de Seguros por cualquier razón en mi nombre.

FRECUENCIA/DERECOS/LÍNEA DIRECTA/PROCEDIMIENTOS

Entiendo que una Enfermera Registrada supervisará todos los servicios a menos que se ordenen solo servicios terapéuticos. Entiendo que la frecuencia de los servicios propuesta puede variar de acuerdo a las necesidades.

Enfermería especializada: _____, Auxiliar de salud domiciliar: _____,

Examen TP: _____, Examen TO: _____, Examen de Patólogo del Lenguaje: _____, Examen de Trabajador Social Médico: _____

Otro: _____.

He recibido una copia y explicación de mi Declaración de derechos de paciente y los Derechos de ancianos, de ser apropiado.

He sido notificado de mi derecho a expresar una queja. Podré dirigir una queja al Administrador de la Agencia o un delegado al (281) 501-2107. Se iniciará una investigación de la queja dentro de los 10 días calendarios y será resuelta en 30 días calendarios desde la fecha de recepción. También podré contactar al Departamento de Vejez y Servicios de Discapacidad, (DADS) y a su División de Derechos del Consumidor y Servicios, Casilla de correos 149030, Austin, TX 78714-9030, al 1-800-458-9858. La línea está disponible las 24 hours del día. Esto incluye una queja con respecto a directivas avanzadas. Las quejas con respecto a la Revisión de Utilización o los servicios HMO deberán ser dirigidas al Departamento de Protección de Consumidores de Seguros de Texas, en la casilla de correos 149091, Austin, TX 78714, al 1-800-252-3439.

Además podré contactar al departamento de Control de Calidad de la Oficina de la The Joint Commission para reportar preocupaciones sobre el cuidado y seguridad de los pacientes o registrar quejas llamando al 1-800-994-6610 o enviando un correo electrónico al: complaint@jointcommission.org

He recibido la política de la Agencia sobre los 4 tipos de Directivas Avanzadas. Yo he o no firmado un Testamento en vida/Directiva al médico; NR Fuera del Hospital; Poder Notarial médico Declaración de salud mental.

Yo estoy no estoy proveyendo una copia de mi registro domiciliario de salud.

Poder Notarial médico: _____ Teléfono _____

Entiendo que es mi derecho y responsabilidad estar involucrado en mi cuidado y que seré informado de la naturaleza y finalidad de cualquier procedimiento técnico.

He sido informado sobre qué hacer en una emergencia/desastre natural y he recibido educación sobre el cumplimiento de un plan de preparación para emergencias para mí y mi familia. Entiendo la importancia de completar este plan y se que el personal de la agencia ayudará en este proceso. He sido informado verbalmente y por escrito de la política de la Agencia sobre el abuso, negligencia y explotación, de exámenes de drogas de la agencia y la eliminación de desechos peligrosos en el hogar.

He sido avisado verbalmente y por escrito el propósito y mis derechos en relación a la recopilación de información OASIS y el Acta de Privacidad de OASIS.

HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos) – He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad, y autorizo a la Agencia a utilizar y/o divulgar información de salud protegida para efectos de pagos, tratamientos y operaciones de atención médica de la Agencia.

Firma del paciente o Agente autorizado (Relación)

Si el paciente no puede firmar, establecer la razón

Firma del representante de la Agencia

Fecha de Firmas