

Declaración de Elección del Paciente de Medicare

(Debe ser completada por todos los pacientes/tutores nuevos)

Yo, _____ (nombre del paciente), el paciente/tutor que suscribe, entiendo que es mi derecho seleccionar al proveedor de atención médica domiciliaria de mi preferencia.

He seleccionado a _____ (de aquí en adelante, la Agencia) sin ningún tipo de presión ni incitación de parte de ningún funcionario, director, empleado, agente o contratista de la Agencia. La Agencia me ha informado que puedo solicitar información respecto del alcance de la práctica, servicios disponibles y números de teléfono. Me animaron a formular preguntas específicas respecto de mis necesidades individuales para poder evaluar si la Agencia es adecuada para mí. Tuve la posibilidad de formular preguntas y manifestar inquietudes, a las que el personal de la Agencia respondió satisfactoriamente. Declaro además que mi recepción de servicios de atención médica domiciliaria es por elección. El profesional de admisiones me ha informado que si por cualquier motivo deseo cambiar los servicios a otra agencia de atención médica domiciliaria, tengo derecho a hacerlo. No he seleccionado un proveedor de Medicare HMO. Si me decido a seleccionar un proveedor, lo notificaré esta agencia inmediatamente.

Declaración de Traspaso Elegido por el Beneficiario

(Debe ser completado por todos los pacientes que provienen de otras agencias)

Actividades de Investigación:

Búsqueda de HIQH /Servicio al Cliente indica que el paciente se encuentra bajo un plan de atención médica domiciliaria establecido

Yo, _____, el paciente/tutor que suscribe opto por pasarme a _____ (Agencia), desde _____ (agencia de atención médica domiciliaria inicial). Fecha de entrada en vigencia del traspaso _____.

Mi(s) motivo(s) para esta solicitud es/son:

- Considero que la Agencia me atenderá mejor
- Deseo ser atendido por _____, enfermero/ayudante/terapeuta empleado por la Agencia.
- Otro (explicar) _____.

Hago esta solicitud por mi propia voluntad y ningún empleado de la Agencia me ha coaccionado, presionado ni incitado a hacerlo.

Entiendo que si Medicare es el pagador de los servicios, la agencia de atención médica domiciliaria inicial ya no recibirá Pago de Medicare en mi nombre y ya no me proveerá servicios cubiertos por Medicare tras la fecha de entrada en vigencia del traspaso. Solicito la divulgación de mis registros a la agencia receptora para garantizar la continuidad de la atención.

Firma de Paciente/Tutor

Fecha

Firma del Representante de la Agencia

Fecha

Exclusivo para Uso de la Agencia

Coordinación del Traspaso:

Llamada telefónica a _____ (agencia de atención médica domiciliaria inicial) para coordinación del traspaso el _____. Persona de contacto: _____

Formulario de "Traspaso Elegido por el Beneficiario/Derecho de Elección" enviado/faxeado a la agencia inicial el _____