



NOMBRE DEL PACIENTE: _____ IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

___ Enfermería a domicilio ___ Farmacia / Infusión ___ Equipo médico en el hogar ___ Respiración

INSTRUCCIONES: este formulario se utiliza para acusar recibo de nuestro folleto de admisión y confirmar que ha entendido y está de acuerdo con su contenido. Sus iniciales al pie de esta página y su firma en la página 2 indican que ha entendido y que está de acuerdo.

CONSENTIMIENTO PARA PROPORCIONAR ATENCIÓN / EQUIPO

Autorizo al personal de Advanced Home Care, Inc. (AHC) a proporcionar lo siguiente: equipo, medicamentos, suministros o servicios. Entiendo que la agencia supervisará los servicios proporcionados, que yo puedo negarme a recibir tratamiento o que puedo terminar los servicios en cualquier momento y que la agencia puede terminar los servicios que me brinda tal y como se me explicó durante mi orientación.

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR U OBTENER INFORMACIÓN

Confirmando haber recibido el aviso de prácticas de privacidad; también confirmo que tuve la oportunidad de hacer preguntas y expresar mis preocupaciones. Además, consiento y autorizo por este medio a AHC a acceder y divulgar la información que se encuentra en mi informe médico a los proveedores de atención médica que se ocupan de mi cuidado, a los terceros encargados de los pagos, incluyendo a Medicare/Medicaid y otras compañías de seguros, a las agencias de análisis de la utilización y de revisión de la reglamentación, a los miembros de mi familia y a otros proveedores de cuidados que son parte de mi plan de cuidados, así como a cualquier otra organización o recurso, etc. que pudiera ayudarme a satisfacer mis necesidades de atención en el hogar o médica. El personal de AHC también está autorizado a ponerse en contacto conmigo o con algún miembro de mi equipo de atención con respecto a los servicios o productos suministrados, a su disponibilidad y a cualquier necesidad futura.

No divulgar información sobre mí o mi atención médica a las siguientes personas que no se ocupan de mi cuidado (escriba el nombre y su relación que tiene con usted).

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____
NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____
NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

Certifico que la información que he proporcionado para solicitar el pago de los servicios o información médica es correcta. Autorizo a quien tenga información médica o toda otra información a divulgar a la Administración del Seguro Social, a sus intermediarios o portadores la información necesaria para efectuar los reclamos de Medicare, Medicaid o de pago de beneficios recibidos de terceros.

Autorizo al personal de AHC a grabar o filmar mi atención médica, tratamiento y servicios y permito que la agencia use las fotografías o grabaciones internamente para documentar mi problema médico, o que los proveedores de seguro documenten mi enfermedad con el propósito de efectuar los pagos.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Acuso recibo del folleto de admisión de AHC, el cual incluye los derechos y responsabilidades del paciente (incluyendo OASIS y HIPAA); también confirmo que entiendo estos derechos y responsabilidades. He recibido el **número de teléfono de la línea de ayuda de la Agencia Estatal de Enfermería a Domicilio**, su propósito, horario hábil y dirección para enviar quejas por escrito. También he recibido información sobre cómo se pagan los servicios y cómo ponerme en contacto con AHC por teléfono. Confirmo que he escogido esta agencia para recibir atención médica en el hogar y que ningún empleado de la empresa me ha pedido ni obligado a tomar la decisión de escoger a AHC.

Entiendo que AHC está asociado con Moses Cone, Gaston Memorial, High Point Regional, Novant Health, los hospital Mission, Community CarePartners, Haywood Regional, los sistemas universitarios de salud del este de Carolina del Norte, Alamance Regional, el sistema de salud Westcare, el sistema de salud Wellmont, y Morehead Memorial, quienes son sus dueños y lo controlan. Entiendo que puedo escoger a otros proveedores y que los grupos afiliados comparten las ganancias.

Confirmo haber recibido las normas de los proveedores de equipo médico duradero, prótesis, ortopedia y suministros (DME POS, por sus siglas en inglés) de los centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

ACUERDO RELATIVO AL EQUIPO

Entiendo que es mi responsabilidad revisar el equipo que recibo de AHC. El equipo que AHC suministra, nuevo y usado, debe estar en buenas condiciones. Acepto hacerme responsable del equipo y regresarlo a AHC en las mismas condiciones en que lo recibí; de otra manera, asumo la responsabilidad de pagar el equipo que no haya tratado bien o que haya dañado. Estoy consciente de que el equipo sigue siendo propiedad de AHC, a menos que yo lo compre y lo pague en su totalidad.

Confirmo haber recibido instrucciones sobre el cuidado y el funcionamiento en toda seguridad del equipo que AHC me proporciona.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: _____
 FECHA: _____

___ Enfermería a domicilio ___ Farmacia / Infusión ___ Equipo médico en el hogar ___ Respiración

OTROS SERVICIOS O SUMINISTROS DE MEDICARE

Entiendo que mientras siga el plan de atención médica de la empresa esta coordinará por mí todos los servicios médicamente necesarios, así como todos los suministros médicos. Si hago mis propios arreglos para obtener estos servicios o suministros, entiendo que Medicare no me reembolsará a mí ni a mi proveedor, y yo seré responsable del costo.

AUTORIZACIÓN DE PAGO

Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga directamente a AHC en mi nombre. Asigno el pago a terceros autorizados encargados de los pagos de todos los honorarios que queden sin pagar correspondientes a los servicios, suministros, equipo o medicamentos que AHC haya suministrado y por los cuales está autorizado a cobrar. Entiendo que soy responsable de los honorarios que esta asignación no cubre.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Las cantidades de dinero que se mencionan a continuación reflejan una **ESTIMACIÓN** de su responsabilidad financiera. Los precios que se enumeran a continuación son normales para los servicios enumerados. Es posible que su compañía de seguro no pague el 100% del precio. Si es así, le informaremos tan pronto como sea posible, pero sin sobrepasar un plazo de 30 días a partir de la fecha en que el personal de la empresa se entere del cambio. Es su responsabilidad informar a AHC de CUALQUIER cambio en la información de su seguro durante su tratamiento.

TENGA PRESENTE QUE USTED SERÁ RESPONSABLE DE TODO LO QUE SU SEGURO NO CUBRA.

SERVICIO	N.º ESTIMADO DE VISITAS	PRECIO POR VISITA	ESTIMACIÓN DE COBERTURA	SU COPAGO POR VISITA	SU % DEL PRECIO
ENFERMERÍA ESPECIALIZADA		\$150.00			
ASISTENTE PARA SERVICIOS DE SALUD A DOMICILIO		\$85.00			
FISIOTERAPIA		\$175.00			
TERAPIA OCUPACIONAL		\$175.00			
TERAPIA DEL HABLA		\$175.00			
TRABAJADOR SOCIAL MÉDICO		\$190.00			
EL EQUIPO MÉDICO DURADERO Y EL SERVICIO DE FARMACIA NO ESTÁN INCLUIDOS					

Si su compañía de seguros exige un copago o impone un deducible, usted tendrá que pagarlos antes de que la compañía de seguro empiece a pagar sus servicios de atención en el hogar.

INSTRUCCIONES POR ANTICIPADO

Entiendo que la Ley Federal de Autodeterminación de los Pacientes de 1990 exige que se me informe de mi derecho de tomar mis propias decisiones con respecto a mi atención médica. Entiendo que puedo expresar mis deseos en un documento que se llama Instrucciones por anticipado, de manera que se conozcan en caso de que no esté en capacidad de hablar por mí mismo.

- No tengo instrucciones por anticipado**
 ¿El paciente cuenta con un sustituto de cuidados de salud para tomar sus decisiones? No Sí: Si es así, ¿quién es?
- Tengo instrucciones por anticipado (marque todas las que correspondan - suministre una copia a la agencia)**
 - Testamento vital
 - Poder legal de atención médica o agente de atención médica
 Si es así, nombre y número del agente o del abogado con el poder legal: _____
 Orden de no resucitar (DNR, por sus siglas en inglés)

Al firmar a continuación y al poner mis iniciales en la página 1, reconozco que entiendo y estoy de acuerdo con el contenido de este formulario de consentimiento:

Firma del paciente _____ Fecha _____ Firma del responsable o tutor legal _____ Fecha _____

Firma del testigo mencionada antes _____ Fecha _____ Nombre en letra de imprenta y relación con la persona _____

EL PACIENTE NO PUEDE FIRMAR DEBIDO A _____