



Nombre del Paciente _____
Numero del Paciente _____

Formulario de Elección de Beneficios de Hospicio (Hospice Benefit Election Form)

Consentimiento Para El Cuidado/El Servicio

Consiento y autorizo a la organización, sus agentes, y a sus socios proporcionar cuidado y tratamiento según lo prescrito por mi médico y por la política del programa. He recibido una explicación de los servicios que se proporcionarán. Entiendo y se me ha explicado que los servicios del hospicio son paliativos (ayuda del control de dolor y de los síntomas, emocional y espiritual) en naturaleza y no propuestos a curar mi condición terminal. Entiendo y se me ha explicado que al elegir este beneficio de hospicio Medicare renuncio a ciertos servicios de Medicare referentes a mi enfermedad terminal. El hospicio pagará por los cuidados relacionados con mi enfermedad terminal y dentro de mi plan de cuidado según lo desarrollado con el personal del hospicio. Entiendo que es mi responsabilidad buscar la pre-aprobación del hospicio para todos los tratamientos y servicios no incluidos en mi plan de cuidado.

Autorización para Divulgar Información

Consiento y autorizo a la organización divulgar y recibir información para los propósitos de tratamiento, de pago, y de operaciones de cuidado de salud. El intercambio de información puede ocurrir entre, pero no se limita a, los médicos, vendedores terceros, otros proveedores de cuidado de salud, y revisores de reglamentación.

Pago

Entiendo que los servicios proporcionados a mí por esta organización serán cargados en cuenta como sigue y que pido que el pago de ventajas autorizadas esté hecho en nombre mi directamente a la organización:

- Medicare (pronóstico de 100% cobertura)
- Medicaid (pronóstico de 100% cobertura después de participar en el programa de "spend down")
- Seguro de Salud (la cobertura varía dependiendo en la póliza individual)
- No-reembolsable (algunos o todos los cargos serán cubiertos por la fundación del hospicio)

Acuse de Recibo de Información

He recibido la información verbal y escrita sobre lo siguiente:

- | | |
|---|---|
| • Directivas Avanzadas | • Planificación De Emergencia Relacionada Con Una Interrupción En El Servicio |
| • Derechos y Responsabilidades De Los Pacientes | • Control de la Infección |
| • Resumen Del Aviso De Prácticas De Privacidad | • Eliminación de Drogas |
| • Seguridad Básicas del Hogar | • Información de Pago Especifica al Seguro de Salud, Si Lo Hay. |

Este Acuerdo de Admisión es aplicable a esta admisión por esta organización. "Entiendo lo que he leído y lo que me han explicado y estoy de acuerdo con los términos y condiciones explicados anteriormente. Entiendo que puedo interrumpir el cuidado de hospicio en cualquier momento firmando una declaración escrita que se puede obtener de cualquier personal del hospicio, y entiendo que perdería los días restantes en ese periodo de beneficio. También entiendo que puedo transferirme a otro programa de hospicio por una vez durante un periodo de beneficio sin perder días.

FECHA EFECTIVA DEL BENEFICIO: _____

Firma del Paciente o su Representante	Fecha	Firma del Personal de Hospicio	Fecha
---------------------------------------	-------	--------------------------------	-------