



Health Information Record #: _____

Patient Name: _____

ACUERDO DE INGRESO/ DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE/LA FAMILIA

1. Entiendo que estoy otorgando mi consentimiento informado y estoy de acuerdo en recibir cuidado de hospicio, el cual es paliativo y no curativo enfocado en el alivio de dolor y otros síntomas. El equipo de hospicio proveerá cuidado para mis necesidades físicas, psicológicas y espirituales relacionadas con las condiciones de una enfermedad que limita la vida y de acuerdo a las necesidades del paciente/la familia. Entiendo que procedimientos de emergencia tales como la Resucitación Cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés) no serán provistos por el personal de hospicio, ni por los servicios contratados o voluntarios. Sin embargo, los pacientes pueden obtener acceso a este tipo de tratamiento a través de medios alternos, como por ejemplo el Servicio Médico de Emergencia (EMS, por sus siglas en inglés).
2. Entiendo que los servicios médicos profesionales son provistos por un equipo interdisciplinario que consiste de enfermeras registradas, coordinadores de servicios sociales, capellanes y otros profesionales. Estos servicios estarán disponibles de acuerdo a un horario establecido de visitas y cuando sean necesarios (por teléfono y a través de visitas de evaluación) 24 horas al día, 7 días a la semana para responder a las necesidades de el paciente/la familia lo mas pronto posible. Las terapias complementarias (masajes, toque de sanidad y expresión) también están disponibles y serán provistas de acuerdo al plan de cuidados del paciente; y el apoyo de voluntarios será accesible cuando esté disponible.
3. Entiendo que los servicios se proveen principalmente a través del cuidado en el hogar y que el cuidado interno puede estar disponible a corto plazo para manejar y estabilizar algunas condiciones, y luego continuar el cuidado de hospicio en el hogar o en un asilo de ancianos, como lo determine por mi doctor atendiente o el director medico de hospicio. La unidad interna de hospicio así como el hospital no tienen licencia, ni capacidad para proveer hospitalizaciones a largo plazo o cuidado de custodia.
4. Entiendo que el equipo de hospicio no pretende tomar el lugar de la familia o del doctor primario sino que su función es la de educar y asistir a la familia en el cuidado del paciente. El equipo de hospicio provee servicios para controlar el dolor y los síntomas y consultas por pedido del doctor primario, y coordina los recursos disponibles. Entendemos y aceptamos (el paciente y la familia) la responsabilidad de ser el principal cuidador del paciente las 24 horas del día. Estoy de acuerdo en hacer arreglos para obtener asistencia adicional a tiempo parcial o completo para proveer cuidado en el hogar cuando sea necesario y a ser financieramente responsable por dicha asistencia. Entiendo que al tomar residencia en un asilo de ancianos, los empleados del asilo son los encargados del cuidado en dicho lugar de residencia principal del paciente.
5. CUARTO Y HOSPEDAJE EN UN ASILO DE ANCIANOS: Entiendo que los cargos por cuarto y hospedaje en un asilo de ancianos son responsabilidad del paciente y/o la familia. Si solicito el Medicaid para cubrir los gastos de cuarto y hospedaje en una instalación de enfermería, acepto la responsabilidad y estoy de acuerdo en participar en el proceso de solicitud. Resido en una instalación de cuidado de enfermería Soy responsable por cuarto y hospedaje o Medicaid es responsable.
6. Entiendo que es necesario usar y divulgar información de salud para proveer cuidado y servicios. Otorgo mi consentimiento para dar u obtener información necesaria, incluyendo los expedientes médicos, a o de facilidades tales como instalaciones de servicios internos de cama (in-bed facility), hospitales, agencias de cuidado en el hogar, doctores privados, servicios por contrato, organismo de acreditación, agencias reguladoras y otras agencias comunitarias que proveen servicios o recursos necesarios.
7. Entiendo que si en cualquier momento se determina que alguna de la siguientes razones para ser dado de alta se cumplen, los empleados de hospicio nos asistirán en planificar el alta. Razones Para Ser Dado de Alta: el paciente no cumple los requisitos de elegibilidad; el paciente se ha mudado fuera del área de servicio geográficamente definida del hospicio; el paciente/la familia desean ser dados de alta; el paciente ingresa a una instalación que no está bajo contrato y no se puede obtener un contrato; alta por causa (discharge for cause) de acuerdo a la política de Avow Hospice.
8. Entiendo que todos los honorarios de pago para el cuidado de hospicio incluyendo servicios médicos, de enfermería, cuidado personal, servicios sociales, consejería, medicamentos, equipo, suministros médicos, y otros servicios esenciales serán facturados a la compañía aseguradora terciaria de pagos (Medicare, Medicaid o Seguro Privado) o



Health Information Record #: _____

Patient Name: _____

**ACUERDO DE INGRESO/ DECLARACION DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO DEL PACIENTE/LA FAMILIA**

directamente a nosotros si no tenemos una fuente de reembolso

9. INSTRUCCIONES ANTICIPADAS: Entiendo mi derecho a declarar instrucciones anticipadas incluyendo la designación de un sustituto para tomar decisiones acerca de mi salud, establecer un testamento en vida o designar un poder notarial duradero. Reconozco el haber recibido una descripción y explicación sobre las instrucciones anticipadas y declaro haber provisto la siguiente información:

Designación de un Representante de Salud	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Poder Notarial Duradero	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Testamento en Vida (o información copiada)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Notificación de Proxy	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

10. ELECCION DE BENEFICIOS DE MEDICAID: He recibido una explicación del programa de Servicios de Cuidado de Hospicio del Medicaid de la Florida y he tenido la oportunidad de discutir dichos beneficios, requisitos y limitaciones y los términos de ésta declaración de elección. Entiendo que tendré el derecho de elegir la cubierta de Medicaid para el cuidado de hospicio mientras sea elegible para Medicaid y tenga la certificación del doctor de hospicio sobre mi condición terminal. Entiendo que al firmar esta declaración de elección, estoy suspendiendo todo derecho a los servicios de Medicaid por cuanto dure la elección del cuidado de hospicio para los siguientes servicios: (i) cuidado de hospicio provisto por un hospicio diferente al hospicio designado por mi (a menos que sea provisto bajo un acuerdo hecho por el hospicio designado) y (ii) cualquier servicio de Medicaid relacionado al tratamiento de la condición o una condición relacionada por la cual fue elegido el cuidado de hospicio, o que son equivalentes al cuidado de hospicio con excepción de: servicios provistos por mi medico primario (si ese doctor no ha sido empleado por el hospicio designado y no recibe compensación de hospicio por dichos servicios).

11. ELECCION DE BENEFICIOS DE MEDICARE: He recibido una explicación sobre el beneficio de hospicio del Medicare y los periodos de elección (dos periodos iniciales de 90 días seguidos de un número ilimitado de periodos de 60 días) con la oportunidad de discutir los beneficios, requisitos y limitaciones de esta declaración de elección. Entiendo que ciertos servicios de Medicaid serán suspendidos al yo seleccionar el beneficio de hospicio de Medicare, y esto se me ha explicado completamente. Entiendo que tengo derecho a elegir la cubierta de cuidado de hospicio de Medicare o Medicaid mientras yo sea elegible y tenga certificación del doctor sobre mi enfermedad terminal. Entiendo que puedo suspender el beneficio de hospicio en cualquier momento firmando una declaración al respecto especificando la fecha efectiva de la suspensión y sometiendo dicha declaración al hospicio antes de la fecha efectiva, y que en dicho momento, mi derecho a otros servicios de Medicaid o Medicare se reanudarán, con la condición de que continúe siendo elegible. _____ Beneficio de Hospicio de Medicare (o) _____ Beneficio de Hospicio de Medicaid

12. DESIGNACION DE REPRESENTANTE: Yo, por este medio, autorizo a Avow Hospice, Inc. a representarme (al paciente nombrado arriba) en conversaciones con los programas de Medicare y/o Medicaid, con respecto a la elegibilidad para beneficios o como representante en cuanto a cualquier consideración.

13. SEGURO PRIVADO: Los beneficios de hospicio varían de acuerdo a la póliza de cada individuo. Mis beneficios de hospicio han sido explicados y entiendo que si mi seguro no cubre los servicios de hospicio o si los beneficios son limitados se completará una evaluación financiera y los cargos no cubiertos por mi seguro serán mi responsabilidad. Autorizo a que pagos en mi nombre sean dirigidos directamente a Avow Hospice por costos médicos permisibles cubiertos bajo mi póliza de seguros. Si mi póliza no permite pagos directos, le indicaré a mi compañía de seguros que los cheques deben hechos a nombre de y dirigidos a: Avow Hospice, Inc. 1095 Whippoorwill Lane, Naples, FL 34105. Autorizo a Avow Hospice a endorsar y depositar dichos cheques a su cuenta, como pago por servicios prestados.

Nombre de Comp. de Seguro Primario _____ Tel.: _____
 Dirección: _____
 # Póliza: _____ # Grupo: _____ Nombre del Asegurado: _____
 Nombre de Comp. de Seguro Secundaria _____ Tel.: _____
 Dirección: _____



Health Information Record #: _____

Patient Name: _____

**ACUERDO DE INGRESO/ DECLARACION DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO DEL PACIENTE/LA FAMILIA**

Póliza: _____ # Grupo: _____ Nombre del Asegurado: _____

14. CUESTIONARIO DEL MEDICARE SOBRE EL PAGADOR SECUNDARIO

- a. ¿Esta usted actualmente trabajando a tiempo completo o parcial? Sí No Fecha de Retiro: _____
- b. ¿Esta usted casado, y esta su esposo/a actualmente trabajando a tiempo completo o parcial? Sí No
- c. ¿Esta usted cubierto bajo un plan de seguro de grupo basado en empleo propio, de su esposa(a) o de algún miembro familiar? Sí No
- d. ¿Se debe su enfermedad a un accidente/condición relacionada al trabajo? Sí No
- e. ¿Tiene usted derecho a beneficios de pulmón? Sí No
- f. ¿Tiene usted derecho a beneficios de Medicare por Enfermedad Renal en Etapa Terminal? Sí No

15. Entiendo que todos los servicios o tratamientos serán provistos de acuerdo al plan de cuidado de hospicio el cual esta individualizado para cada paciente. Todos los procedimientos médicos, servicios diagnósticos (pruebas de laboratorios, rayos X, escáner por TC), estadías en el hospital, visitas a la sala de emergencia, y cualquier otro servicio médico o procedimiento relacionado a el diagnostico terminal debe ser previamente autorizado por Hospicio para ser cubierto bajo este beneficio. Pagos por servicios no previamente autorizados por el Hospicio son la responsabilidad del paciente.

16. Quisiera a mi Doctor Primario _____

ACUSE DE RECIBO DE INFORMACION: hago reconocimiento de haber recibido información sobre los Servicios de Hospicio, Preparación en Caso de Desastre, Derechos y Responsabilidades del Paciente, Instrucciones Anticipadas, Aviso de Prácticas de Privacidad, Beneficios de Hospicio del Medicare y Medicaid y de como obtener acceso al Hospicio las 24 horas del día 7 días a la semana. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y discutir la información y todas las preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.

He recibido una explicación completa y divulgación sobre el cuidado y los servicios provistos por Avow Hospice, Inc. y estoy voluntariamente tomando una decisión de cuidado de salud al pedir ingreso al programa de hospicio efectivo en el _____

#Medicare: _____ #Medicaid: _____ #SS: _____ (DOB es la Fecha de Nacimiento) DOB: _____

Firma del Paciente

Fecha:

Firma del Representante Familiar

Fecha:

Avow Hospice Representative's Signature

Date:

If patient unable to sign, then state reason: _____