



Consentimiento con Conocimiento / Selección de Beneficios

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Yo, el paciente o el representante legal del paciente, solicito admisión al programa de cuidado del Hospicio del Condado Palm Beach (Hospice of Palm Beach County). Consiento y estoy de acuerdo con lo siguiente:

OBJETIVOS DEL CUIDADO DEL HOSPICIO

Comprendo que el objetivo de la atención en el Hospicio, es mejorar la calidad de vida, controlar los síntomas físicos, incluyendo el dolor y satisfacer las necesidades emocionales y espirituales del paciente y su familia. Más aún, comprendo que el propósito del programa no es curar la enfermedad sino proveer el cuidado paliativo cuando se refiere a una enfermedad terminal.

NIVELES DE ATENCIÓN Y SERVICIOS CUBIERTOS

El Hospicio proporciona cuatro niveles de atención: atención rutinaria, atención general del enfermo internado, atención continua y atención temporal. Se proporciona atención rutinaria ya sea si el paciente reside en su casa o en una clínica privada. Durante periodos de crisis, se proporciona atención intensiva interna en una unidad de atención del hospicio, un hospital de cuidados intensivos o en una clínica especializada. De ser necesario tenemos disponible atención temporal, para la cual podemos admitir al paciente a una clínica privada o a una unidad de cuidado del hospicio por un periodo de hasta 5 días. Comprendo que el equipo profesional del hospicio es el que determina si se necesita un cambio en el nivel de atención.

El hospicio es responsable de proveer cualquier y todos los servicios incluidos en el plan de cuidado paliativo para manejar las condiciones de la enfermedad terminal. Los servicios cubiertos incluyen: enfermería, trabajo social médico, médicos, servicios de asistencia de salud domiciliaria y de consejería, terapia física u ocupacional, servicios patológicos del habla cuando provistos para el control de los síntomas o para mantener las funciones básicas; abastecimientos y dispositivos médicos, incluyendo medicina y biológicos que son parte del plan de cuidado y usados primordialmente para el alivio del dolor y el control de los síntomas asociados con la enfermedad terminal del individuo.

También, comprendo que podría ser responsable económicamente de cualquier atención hospitalaria, servicios de emergencia o tratamiento médico relacionado con una enfermedad que acorta la vida que no haya sido arreglado por el Hospicio del Condado Palm Beach y que no esté comprendido dentro del Plan de Atención del hospicio.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Me han dado publicaciones escritas acerca de mis derechos y deberes en mi calidad de paciente del Hospice of Palm Beach County. Comprendo que tengo el derecho de formular directivas anticipadas pero que no se exige que las tenga para poder recibir los servicios. Más aún, comprendo que el Hospicio del Condado Palm Beach y el personal que me atiende, cumplirán cualquier directiva que yo haya firmado, dentro de lo permitido por la ley.

He firmado lo siguiente:

- ? Instrucciones para no prolongar la vida
- ? Poder de vigencia ilimitada para atención médica
- ? Nombramiento de encargado de tomar decisiones de atención médica
- ? Hasta este momento no he formulado directivas anticipadas

Entiendo que, dependiendo de mis necesidades, puedo ser transportado por una compañía de transporte no-médica. Si deseo y necesito la atención médica inmediatamente durante el viaje, entiendo que me transportaran al cuarto más cercano de la emergencia.

____ Iniciales de la parte responsable

ALOJAMIENTO Y COMIDA EN CLÍNICA PRIVADA

Comprendo que el alojamiento y comida son responsabilidad del paciente / de la familia. Si solicito Medicaid para el alojamiento y comida en clínica privada acepto la responsabilidad en participar plenamente en el proceso de la solicitud.

____ Iniciales de la parte responsable

AUTORIZACIÓN PARA RECOGER LOS MEDICAMENTOS DE LA FARMACIA Y DESLINDE DE RESPONSABILIDAD EN LO REFERENTE A TAPAS A PRUEBA DE NIÑOS

Autorizo a un empleado del Hospicio del Condado Palm Beach, a recoger mis medicamentos de cualquier farmacia, tal como sea necesario en el caso de que uno de mis familiares o mi representante legal no estén disponibles. Solicito que mis medicamentos y remedios se pongan en envases sin tapas a prueba de niños.

____ Iniciales de la parte responsable

DISTRIBUCIÓN DEL EXPEDIENTE MÉDICO

Comprendo que el Hospicio del Condado Palm Beach podría necesitar obtener o distribuir mi expediente médico y la información concerniente a los hospitales, clínicas privadas, médicos, farmacias, agencias de atención médica a domicilio, compañías de seguro, planes de beneficios de atención médica u otros, para asegurar la continuidad de la atención y los reembolsos adecuados. Autorizo a las personas y entidades antes mencionadas a darle al Hospicio del Condado Palm Beach todo mi expediente médico e información para fines de mi atención médica o para obtener pagos por servicios que me prestaron y provisiones que me dieron. Autorizo al Hospicio del Condado Palm Beach a distribuir todas las partes de mi expediente médico para asegurar la continuidad de la atención y los reembolsos adecuados.

Comprendo y estoy de acuerdo que estas autorizaciones específicamente incluyen mi permiso y consentimiento para distribuir cualquier información concerniente a un diagnóstico de SIDA o los resultados de los exámenes del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). La fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.

Nombre del paciente

Número del caso

RECIBO DE INFORMACIÓN

Me han explicado los servicios del Hospicio; nuestras preguntas con respecto al programa de atención del Hospicio han sido contestadas a mi entera satisfacción. Se me ha proporcionado los siguientes materiales: Manual de información, una copia de los derechos del paciente; Directiva Anticipada y

material escrito que explican los derechos legales del paciente de aceptar o rehusar tratamientos médicos y de preparar una Directiva Anticipada para la atención médica y las políticas para implementar esos derechos.

He sido informado de mis derechos y me han dado información con respecto a la privacidad medica bajo el Acto de la Portabilidad y de la Responsabilidad del Seguro Medico ("HIPAA").

_____ Iniciales de la parte responsable

COBERTURA DE SEGURO

Con el presente autorizo que se haga el pago a nombre mío directamente al Hospicio del Condado Palm Beach por los beneficios de seguro médico que de otro modo serían pagaderos a mí por gastos médicos y profesionales permitidos según mi póliza actual de seguro de salud. Si mi póliza actual prohíbe el pago directo al proveedor, instruyo y ordeno a mi compañía de seguros que escriba el cheque a mi nombre y lo envíe a: Hospice of Palm Beach County, Inc., 5300 East Avenue, West Palm Beach, Florida 33407.

Por el presente autorizo al Hospicio del Condado Palm Beach a endosar el pago y a depositarlo en su cuenta y a usarlo como pago por los servicios que me han prestado. **ESTA ES UNA CESIÓN DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS SEGÚN ESTA PÓLIZA.** Comprendo que podría ser responsable ante el Hospicio del Condado .

Palm Beach por cualquier saldo de los cargos por servicios por encima de los pagos del seguro. Comprendo que soy responsable por todos los servicios que me ha prestado el HPBC, sujeto a lo siguiente:

- Si califico para beneficios de hospicio de Medicare o Medicaid, todos los costos se pagarán bajo estos programas y yo no tendré ninguna responsabilidad financiera.
- Si no califico para beneficios de hospicio de Medicare o Medicaid, pero tengo beneficios de hospicio bajo una póliza comercial de seguro médico, seré responsable de todos o de una parte de los costos que no se paguen bajo esta póliza, por ejemplo, deducibles, pagos compartidos y costos que excedan los límites de la póliza. La cantidad real de estos costos de los cuales soy responsable, se determinará en base a una evaluación personal de mis finanzas y/o de las finanzas de mi familia.
- Si no califico para beneficios de hospicio de Medicare o Medicaid, ni tampoco tengo la cobertura de un seguro comercial, seré responsable de todo o de una parte del costo de los servicios de hospicio en base a una evaluación personal de mis finanzas y/o de las finanzas de mi familia.

SÓLO PARA PERSONAS QUE RECIBEN MEDICARE / MEDICAID

1. Comprendo que de acuerdo con el beneficio de hospicio de Medicare/Medicaid, renuncio a mis derechos de beneficios regulares a excepción de los pagos a mi médico de cabecera y tratamiento por condiciones médicas que no estén relacionadas con mi enfermedad que acorta la vida.
2. Comprendo que en cualquier momento puedo revocar mi beneficio de hospicio y hacer que todos los beneficios de Medicare/Medicaid se restauren por completo inmediatamente después de firmar.

CUESTIONARIO SOBRE COMPAÑÍA SECUNDARIA DE SEGUROS

1. ¿Trabaja actualmente a tiempo completo o tiempo parcial?? Sí ? No
¿Trabaja su cónyuge a tiempo completo o tiempo parcial? ? Sí ? No
2. ¿Tiene usted derecho a beneficios médicos de Pulmón Negro (Black Lung)? ? Sí ? No
3. ¿Fue este un servicio de tratamiento por una enfermedad o lesión relacionada al trabajo? ? Sí ? No.
Si la respuesta es sí, sírvase indicar el nombre y dirección de la agencia de indemnización al trabajador, compañía de seguros y empleador. _____
4. ¿Fue este un servicio de tratamiento por una enfermedad o lesión resultante de un accidente automovilístico u otro? ? Sí ? No.
Si la respuesta es sí, sírvase indicar el nombre, dirección y número de póliza del auto, responsabilidad o del asegurador sin falta.
5. ¿Ha recibido usted un trasplante de riñón?? Sí ? No ¿Está usted en diálisis? ? Sí ? No
6. ¿Ha recibido usted tratamientos de mantenimiento de diálisis?? Sí ? No
7. ¿Tiene usted una tarjeta de honorarios por servicios del Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra? ? Sí ? No

Habiendo reconocido y comprendido lo anterior, elijo: ? Beneficios de Hospicio de Medicare ? Beneficios de Hospicio de Medicare-Florida

Autorizo los servicios del Hospicio del Condado Palm Beach a partir de: _____
Fecha

Firma del paciente o de su representante legal Fecha

Dirección del representante legal (de ser pertinente) Parentesco con el paciente

Firma del representante del Hospicio Fecha

Medicare # _____
Nombre del paciente

Medicaid # _____
Número del caso