

## 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 transportarán 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

