



Declaración de elección del centro de atención para pacientes terminales

Nombre del paciente: _____

Nombre de la agencia de atención de cuidados terminales: Wellstar Community Hospice

Elección del centro de atención para pacientes terminales

Yo, _____, (nombre del paciente) decido elegir el beneficio de cuidado terminal de Medicare y recibir servicios de cuidados

terminales por parte de **Wellstar Community Hospice** comenzando el _____ (Fecha de inicio

de atención)

(Nota: La fecha de inicio de la atención, también conocida como la fecha de vigencia de la elección, puede ser el primer día de los servicios de atención para pacientes terminales o una fecha posterior, pero no puede ser anterior a la fecha de la declaración de elección. Una persona no puede designar una fecha de vigencia que sea retroactiva.)

Derecho a escoger médico tratante

- Entiendo que tengo derecho a elegir a mi médico tratante para que supervise mi atención.
- Mi médico tratante trabajará en colaboración con la agencia de atención de cuidados terminales para brindar atención relacionada con mi enfermedad terminal y afecciones relacionadas.

Deseo no elegir un médico tratante

Reconozco que mi elección de médico tratante es:

(Por favor proporcione cualquier información que identifique de manera única la elección de su médico tratante).

Nombre completo del médico: _____

Filosofía de cuidados terminales y cobertura del cuidado terminal

Al elegir el cuidado terminal bajo el beneficio de cuidados terminales de Medicare, reconozco que:

- Se me dio explicación y tengo una comprensión completa del propósito de los cuidados terminales, incluido que la naturaleza de los cuidados terminales es aliviar el dolor y otros síntomas relacionados con mi enfermedad terminal y afecciones relacionadas, y dicha atención no se dirigirá a la curación. El enfoque del cuidado de hospicio es brindar comodidad y apoyo tanto a mí como a mi familia /cuidadores.
- Se me proporcionó información sobre los artículos, servicios y medicamentos que la residencia para enfermos terminales cubrirá y proporcionará cuando yo elija recibir cuidados terminales.
- Se me proporcionó información sobre el costo potencial compartido para ciertos servicios de cuidados terminales, si corresponde.
- Entiendo que al elegir los cuidados terminales bajo el beneficio de cuidados terminales de Medicare, prescindo (renuncio) al derecho a los pagos de Medicare por artículos, servicios y medicamentos relacionados con mi enfermedad terminal y condiciones relacionadas. Esto significa que mientras esta elección esté en vigor, Medicare hará los pagos por la atención relacionada con mi enfermedad terminal y condiciones relacionadas solo al centro designado y al médico tratante que he seleccionado.
- Entiendo que los artículos, servicios y medicamentos no relacionados con mi enfermedad terminal y condiciones relacionadas son excepcionales e inusuales y, en general, el centro de atención para cuidados terminales me brindará prácticamente toda mi atención mientras yo esté bajo una elección de servicios de cuidado terminal. Los artículos, servicios y medicamentos que se determine que no están relacionados con mi enfermedad terminal y condiciones relacionadas continúan siendo elegibles para la cobertura de Medicare bajo beneficios separados.



Declaración de elección del centro de atención para pacientes terminales

Derecho a solicitar una "notificación al paciente sobre artículos, servicios y medicamentos no cubiertos por el centro de cuidados terminales"

- Como beneficiario de Medicare que elige recibir cuidados terminales, tiene derecho a solicitar en cualquier momento, por escrito, el anexo "Notificación al paciente de artículos, servicios y medicamentos no cubiertos por los servicios de cuidado terminales" que enumera las condiciones, los artículos y los servicios, y medicamentos que el centro de cuidados terminales ha determinado que no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, y que no estarán cubiertos por el centro.
- Si solicita este formulario en la fecha de inicio de la atención, el centro de cuidados terminales debe proporcionar esta notificación dentro de los 5 primeros días, y dentro de las primeras 72 horas (o 3 días) si solicita este formulario durante el transcurso de los cuidados terminales.

Organización para la mejora de la calidad de la atención centrada en la familia y los beneficiarios (BFCC-QIO, por sus siglas en inglés)

Como beneficiario de los servicios de cuidados terminales de Medicare, tiene derecho a comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad de la atención centrada en la familia y los beneficiarios (BFCC-QIO) para solicitar defensa inmediata si no está de acuerdo con alguna de las determinaciones del centro de atención para enfermos terminales. El BFCC-QIO que da servicio a su área es:

KEPRO-QIO

888-317-0751 (gratuito)

813-280-8256 (local)

855-843-4776 (TTY)

833-868-4058 (fax gratuito)

<https://www.keproqio.com>

O llame 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) (1-877-486-2048 TTY)

Firma del beneficiario: _____

Fecha de la firma: _____

El beneficiario es incapaz de firmar

Firma del representante: _____

Fecha de la firma: _____