Mesilla Valley Hospice
Much More Can Be Done

Formulario de Consentimiento Informado y Formulario de Beneficios de Medicare

Nombre del Paciente _____#_____
Fecha de Admisión _____

Autorización Para Recibir Trataminento

Yo entiendo que con cuidados paliativos **estoy cambiando el enfoque de cuidados que recibo de la cura a medidas de comodidad, y es mi opción renunciar a los beneficios de Medicare para mis cuidados curativos**. **Yo/ mi familia trabajaremos con el equipo de cuidados paliativos para desarrollar un plan de cuidados** y seguir los reglamentos del centro de asistencia y apoyo, así como las guías y procedimientos. Yo entiendo que el grupo no va a proporcionar cuidados las 24 horas en mi hogar y yo trabajaré con mis proveedores de cuidados para que entiendan mi Plan de Cuidados con el apoyo del equipo del centro de servicios paliativos. La familia contratará proveedores de cuidados las 24 horas si así lo desean.

El centro de cuidados paliativos puede tener la participación de enfermeras especializadas, consejería emocional o espiritual, trabajadores sociales, auxiliar de enfermeras, y compañía. El equipo fomenta la comodidad, dignidad y apoyo para la familia**. La atención de cuidados está dirigida hacia mi Proveedor de Servicios** y/o el Director Médico.

Yo puedo rehusarme a recibir tratamiento o cesar los servicios en cualquier momento. Si yo escojo La Posada, estoy de acuerdo con la responsabilidad económica que esto implica. El personal de La Posada administrará los medicamentos recetados de acuerdo con los reglamentos y guías.

Pago Por Servicios

Yo escogí utilizar los Beneficios de Cuidados Paliativos de Medicare, lo cual consiste de dos períodos de 90 días, y períodos ilimitados de 60 días si no hay revocación o se ha dado de alta. Yo utilizaré los períodos en el orden en que se describe anteriormente. **Yo puedo descontinuar el cuidado de servicios paliativos en cualquier momento** redactando un escrito de revocación, y así perdiendo el resto de los días del período existente de beneficios. **Mas sin embargo, yo puedo reelegir cuidados de servicios paliativos en cualquier momento que yo cumpla con los requisitos de elegibilidad**. Yo soy responsable por el costo de cuidados más allá de lo documentado en el Plan de Cuidados paliativos. Yo entiendo que los pagos de Medicare cubrirán el costo de mis cuidados – pero aún- yo pudiera ser responsable de un 5% de cada receta, y hasta $5.00 por cada una.

☐ **Beneficios de Cuidados paliativos de Medicare** ☐ **Medicaid** ☐ **Seguro de Salud Privado** ☐ **DAC Fondo de Servicios de Salud** ☐ **Pago por mi cuenta**

Yo pudiera ser responsable por co-pagos o deducibles que no cubra el seguro. El nivel de cuidados en La Posada está basado en las guías de Medicare y se puede cambiar como sea necesario, resultando esto en cobros por alojamiento y alimentos (pensión completa).

Reconocimientos / Admisiones

Yo puedo cambiarme de un centro de servicios paliativos a otro si así lo deseo, y confirmaré que yo puedo ser admitido al nuevo programa e informarle a MVH que deseo descontinuar los cuidados. Por medio de trabajar con el equipo paliativo yo no perderé ninguno de mis días como paciente. Yo cumplo con los requisitos para cuidados no relacionados con enfermedades terminales a lo cual se le puede dar seguimiento de manera tradicional. Yo entiendo que un traslado (dar de alta) puede ocurrir si mi condición lo justifica o si yo lo pido. Yo autorizo al personal de MVH que me tome una fotografía con el propósito de identificación en La Posada.

Yo confirmo que se me han dado, he firmado y entendido los siguientes documentos:

☐ Derechos / Responsabilidades del Paciente ☐ Notificación de Practicas en la Privacidad ☐ Divulgación de Información
☐ Intrucciones Anticipadas (Testamento en Vida)

Yo el suscrito, certifico que se me ha leído todo lo declarado anteriormente y lo entiendo y autorizo a los servicios de Cuidados Paliativos de Medicare y el nombre del Médico que estará a mi cargo es:

_____**NPI:**_____
Firma del Paciente _____ Fecha _____
Representante Autorizado _____ Parentesco _____
El paciente no puede firmar porque _____
Representante de MVH _____ Fecha _____

File Name: Notice of Election of Benefits & Informed Consent (Spanish)
Form # 103 (02/14, 07/14, 04/15, 05/16)

Client: _____
Date of Birth: _____
Record #: _____

Ley HIPAA

Yo autorizo a MVH a que divulgue/comunique información médica a cualquier autoridad u organización para tratamiento, pago por cuidados u operaciones de cuidados de salud sin ninguna limitación. Yo tengo el derecho de repasar la Notificación de Practicas de Privacidad del centro de cuidados paliativos antes de firmar esta autorización. Si la Notificación es revisada, MVH me proporcionará una copia. Yo tengo el derecho de pedir restricciones en el uso y revelaciones de información de salud confidencial y el centro de cuidados paliativos no tiene que estar de acuerdo, debe de cumplir con esas restricciones con las cuales está de acuerdo. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, hasta el punto donde el centro de cuidados paliativos haiga tomado acción basándose en una autorización anterior. MVH tiene el derecho de rehusarse a proporcionar tratamiento a aquellos pacientes que se rehúsen a proporcionar autorización.

Firma del Paciente / Representante Autorizado_____Fecha_____

Client: _____
Date of Birth: _____
Record #: _____

Mesilla Valley Hospice
Much More Can Be Done

Derechos y Responsabilidades del Paciente

El Paciente Tiene Derecho de lo Siguiente:

- A ser tratado con respeto, dignidad y compasión. A ejercer mis derechos y recibir tratamiento para aliviar mi dolor de una manera eficaz, así como controlar los síntomas causados por la enfermedad terminal; a participar en el desarrollo de mi plan de atención en "cuidados paliativos", incluyendo la gama de servicios y cualquier limitación; rehusarme a recibir la atención médica y a escoger a mi médico.
- A mantener mis expedientes clínicos de manera confidencial, incluyendo el acceso a, o el permiso de la difusión de información del paciente (CFR 160 y 174); a manifestar quejas acerca de mi atención médica sin ser discriminado o estar sujeto a represalias por ejercer estos derechos; a que se investiguen de inmediato todos los presuntos quebrantamientos/faltas, y que se tomen las debidas acciones para corregir lo sucedido – según sea apropiado- incluyendo reportar las acciones a las autoridades.
- A estar libre de malos tratos: negligentes, verbales, mentales, sexuales, y de abuso físico, de lesiones y trato deficiente, o que se le falte al respeto a mis pertenencias.
- A recibir información acerca de los Beneficios de Medicare (Medicare Hospice "cuidados paliativos" Benefits), y a ser informado de ante mano de cualquier pago a Medicare, Medicaid, o a alguna tercera persona y cualquier costo del cual yo pudiera ser responsable.

Responsabilidades del Paciente:

- Proporcionar información exacta para el uso y desarrollo del plan de atención, y a participar en el desarrollo de este, yo le informare a mi enfermera de los cambios que se presenten en mis necesidades al menos con 24 horas de anticipación.
- Tener respeto por la seguridad de todo el personal que participa en mi cuidado y a tratarlos de manera cortes y con respeto.
- Responder a la petición de información que se me solicite, incluyendo visitas del equipo de atención.

Derechos y Responsabilidades de la Posada:

- Yo pagaré la pensión completa según el cobro diario por la Atención de Rutina, una semana de pago por adelantado y estoy de acuerdo al reglamento de pago por retención del espacio/cama.
- Tener un ambiente de vida seguro y limpio sin el uso de sujetadores para restringirme y que mi privacidad sea respetada, y yo puedo mantener mis pertenencias personales conmigo en mi habitación.
- Poder salir y regresar a las instalaciones libremente, participar en actividades sociales, a socializar libremente con el personal y con otros residentes, y que mi familia y amistades me visiten con libertad. Mi habitación no cambiará sin justificación alguna.
- Yo participaré con las personas que me cuidan, los médicos y mi familia en el desarrollo e implementación de mi plan de atención.
- Mi familia respetará las normas, directrices y pautas de La Posada y del personal.

Los Reglamentos de La Posada para Miembros de la Familia y Visitantes:

- La familia y los visitantes son bienvenidos a cualquier hora, más sin embargo los pacientes/familias tienen el derecho de restringir el horario o las visitas. La puerta principal está bajo llave de 7:00 pm a 7:00 am. **Después de horas de servicio, por favor utilice el intercomunicador para llamar a la enfermera.** Los niños deberán de ser supervisados por un adulto y portarse de manera respetuosa con los residentes. No podrán correr por los pasillos y se les anima a que usen el área para niños o el área de juego en el exterior, siempre bajo supervisión. Las mascotas son bienvenidas, más sin embargo usted necesita mostrar una copia de la tarjeta de vacunas.
- El paciente recibirá alimentos de la cocina. Las familias e invitados pueden traer platillos especiales para el paciente.
- Hasta dos miembros de la familia pueden pasar la noche en la habitación del paciente, más sin embargo no se podrán cambiar o establecerse en La Posada como si fuera su residencia. Las salas de estancia y las áreas públicas no se pueden utilizar como dormitorios. La limpieza de los blancos (ropa de cama, toallas, etc.) se les proporciona a los residentes como parte del servicio, pero no hay servicio de lavandería para las familias.
- El personal retiene el derecho de pedirle a las visitas con mal comportamiento que se retiren.

Para reportar problemas o quejas que tengan que ver con su atención y servicios,
llame al Director Clínico de MVH al 575-523-4700, o
*** a la Línea de Emergencia del Departamento de Salud de Nuevo México 1-800-752-8649,**
de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm, o
al Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Doña Ana 575-525-5833
***Inmediatamente reporte cualquier sospecha de casos de abuso físico, sexual, emocional o psicológico, negligencia o explotación.**

Mesilla Valley Hospice
Much More Can Be Done

Opciones Medicas

Ley de Auto Determinación del Paciente

De acuerdo con la Ley de Auto Determinación del Paciente (The Patient Self-Determination Act –PSDA) aprobada por el Congreso de los Estados Unidos en 1990, y de acuerdo con la Ley Uniforme Sobre Decisiones de Atención de Salud de Nuevo México, en el momento de la admisión a Mesilla Valley Hospice "cuidados paliativos" (MVH) se le proporciona información acerca de instrucciones anticipadas sobre atención médica.

1. Como adulto con la debida capacidad mental, usted tiene el derecho de tomar sus propias decisiones sobre su atención médica y dar instrucciones específicas. Las instrucciones pueden ser verbales o por escrito; si es de manera oral, estas se deben de dar en persona informándole al proveedor de atención médica (a un miembro del equipo de atención de salud de Mesilla Valley Hospice "cuidados paliativos"):
    a. Participar en el desarrollo de plan de atención en "cuidados paliativos";
    b. Escoger su propio médico de cabecera/ que trabaje para "cuidados paliativos";
    c. Reusar atención médica o tratamiento quirúrgico.
2. Las Instrucciones Anticipadas Sobre la Atención Médica es un documento legal otorgándole a usted el derecho de asignar a una persona como su agente para asuntos de atención médica (POA= Carta Poder, Substituto, o Delegado) y establece las Instrucciones a seguir en su Atención Médica en caso de que usted sea incapaz de hacerlo y no pueda tomar decisiones por usted mismo en cuanto a su atención médica.
    a. Las Instrucciones Anticipadas Sobre la Atención Médica no se exigen para recibir servicios/atención en "cuidados paliativos";
    b. Una trabajadora social o enfermera de salud de su caso de MVH puede ayudarle a obtener y llenar las Instrucciones Anticipadas Sobre la Atención Médica;
    c. Usted tiene el derecho de revocar cualquier sección o parte de sus Instrucciones Anticipadas Sobre la Atención Médica.
    d. No se le exige a Mesilla Valley Hospice "cuidados paliativos" que le proporcione atención/cuidados que sean contrarios con sus indicaciones Anticipadas Sobre la Atención Médica; y
    e. Tampoco se les exige que implementen las Instrucciones Anticipadas Sobre la Atención Médica si, por cuestión de principios, no puede implementar las Instrucciones Anticipadas Sobre la Atención Médica y si la Ley Estatal de NM le permite a MVH a oponerse con la conciencia tranquila de que se está haciendo lo debido.

3. Si un adulto está incapacitado (debido a condiciones de discapacidad o por un desorden mental) en el momento de la admisión a MVH y esta persona no puede recibir información y poder razonarla al tomar sus decisiones de atención médica, la ley de Nuevo México le permite a un miembro de la familia que esté disponible para que tome decisiones de atención médica de parte del adulto incapacitado. MVH entregará a dicha persona la información, los reglamentos y procedimientos de "cuidados paliativos" de acuerdo con la Ley Estatal de NM.
    a. Los miembros de la familia son seleccionados en el siguiente orden (según lo indicado en las Instrucciones Anticipadas Sobre la Atención Médica de Nuevo México): 1) Cónyuge, 2) Pareja Sentimental, 3) Hijo (a) Adulto (a), 4) Padre de Familia, 5) Hermano (a) Adulto, 6) Abuelos;
    b. Si no hay algún miembro de la familia disponible, una amistad cercana puede asumir el papel de sustituto;
    c. Una vez que la persona ya no está incapacitada o puede ya recibir y asimilar información, MVH está obligado a proporcionarle información sobre los procedimientos y reglamentos de "cuidados paliativos".

Para obtener más información:
New Mexico Advance Directives
NHPCO/Caring Connections
1731 King St., Suite 100
Alexandria, VA 22314
o

http://hsc.unm.edu/ethics/doc/UniformHealthCareDecisionsAct.pdf

Mesilla Valley Hospice
Much More Can Be Done

FORMA DE AUTORIZACION ACERCA DE LA LEY DE RESPONSIBILIDAD DE SEGURO DE SALUD Y PORTABILIDAD (HIPAA) para el uso communicación o entrega de mi información de salud personal

Yo autorizo a Mesilla Valley Hospice a OBTENER información confidencial del cuidado de mi salud del/los siguientes proveedores:

Liste de donde se solicitaran los registros: _____

Liste y describa el propósito: _____

Lo siguiente ha sido identificado como la información de salud protegida necesaria (PHI) para la admisión y el cuidado del paciente de Mesilla Valley Hospice :

❒ Resumen de alta ❒ Historial/Físico ❒ Informe de Patología ❒ Informe de Consulta ❒ Laboratorios
❒ Reporte de rayos-X ❒ Informe de Electrocardiograma ❒ Forma de Admisión
❒ Ordenes/Informe de progreso ❒ Expediente completo
❒ _____

CONDICIONES:

- El paciente se compromete a autorizar a las personas/organización(es) anteriormente nombrada(s) para obtener su información de salud personal y confidencial solamente para el propósito mencionado anteriormente.
- La información autorizada para ser compartida no será cubierta bajo las leyes federales de privacidad.
- La organización proporcionará al paciente una copia de la información de salud confidencial para el que se solicita esta autorización, si así lo solicita.
- El paciente está firmando voluntariamente esta autorización y tiene el derecho de negarse a firmar esta autorización sin afectar el tratamiento. El paciente recibirá una copia de la autorización firmada.
- El paciente se reserva el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Esta revocación debe ser por escrito.
- Esta autorización será conservada por Mesilla Valley Hospice por un período de seis (6) años .
- Esta autorización está en vigor desde _____ hasta _____ (período de tiempo). Al concluir ese período de tiempo, esta autorización se revoca automáticamente y ningún uso de la información de salud confidencial del paciente se permite después de esta fecha.

Paciente/Representante Legal: _____ Fecha: _____

Representante de Mesilla Valley Hospice: _____ Fecha: _____

For MVH use

TO:_____

ATTENTION PROVIDER: Please send the records to the following fax #:
Mesilla Valley Hospice Admissions: 575-527-2204
Medical Records: 575-525-5774
Thank you!

File Name: HIPAA - Obtaining PHI Consent
Form # 101-S (11/13)

Client: _____
Date of Birth: _____
Record #: _____

EMS DNR

INSTRUCTIONS

Purpose

This standardized **EMS-DNR Order (Order)** has been developed by the EMS Bureau within the Epidemiology and Response Division of the New Mexico Department of Health (DOH). It is in compliance with Section 24-10B-4I, NMSA 1978 which directs the EMS Bureau to develop a program to authorize EMS providers to honor advance directives to withhold or terminate care. The program is described fully in NMAC 7.27.6. A copy may be obtained by calling the EMS Bureau at 505-476-8200 or online at www.nmems.org.

For covered persons in cardiac or respiratory arrest, resuscitative measures to be withheld include external chest compressions, intubation, defibrillation, administration of cardiac medications and artificial respiration. The **Order** does not effect the provision of other emergency medical care, including oxygen administration, suctioning, control of bleeding, administration of analgesics and comfort care.

Applicability

This **Order** applies only to resuscitation attempts by health care providers in the **prehospital** setting --i.e., in patients' homes, in a long term care facility, during transport to or from a heath care facility, or in other locations outside acute care hospitals.

Instructions

Any adult person may execute an **Order** in conjunction with a physician. The physician, or physician's designee, shall explain to the person the full meaning of the **Order**, the available alternatives and how the **Order** may be revoked. Both the physician, or the physician's designee upon a verbal order from the physician, and the person for whom the **Order** is executed, shall sign the **Order**.

If the person for whom the **Order** is contemplated is unable to give informed consent, or is a minor, the physician, or physician's designee, shall provide the same explanation of the **Order**, the available alternatives, and how the **Order** may be revoked to an authorized heath care decision maker. If the authorized health care decision maker gives informed consent, both the physician, or the physician's designee upon a verbal order from the physician, and the authorized health care decision maker shall sign the document

ONE SIGNED COPY of the **Order** should be retained by the patient and placed in an envelope. Staple the Envelope Cover Sheet (which is included in this PDF document) **"EMS DNR Order inside"** to the envelope. The completed form (and/or the approved EMS bracelet or neck medallion) must be readily available to EMS personnel in order for the **Order** to be honored. Resuscitation attempts may be initiated until the form (or EMS bracelet/medallion) is presented and the identity of the patient is confirmed by the EMS personnel. It is recommended that the white envelope containing the **Order** be located in an obvious place that is readily available to emergency responders.

ONE SIGNED COPY should be retained by the physician and made part of the patient's permanent medical record. Additional copies should be made so that the **Order** can be maintained in all of the appropriate medical records.

ONE SIGNED COPY of the form may be used by the patient to order an ***optional*** EMS bracelet or neck medallion inscribed with the words "DO NOT RESUSCITATE - EMS" The MedicAlert Foundation (2323 Colorado Avenue, Turlock, CA 95382) is the EMS Bureau approved supplier of the medallions, which will be issued only upon receipt of the properly completed **Order** (together with an enrollment form and the appropriate fee). If a MedicAlert enrollment form is needed, call 1-800-432-5378 and ask for an EMS-DNR form. The fee can be waived for patients who cannot afford it, as certified by the physician or the physician's designee. Although optional, use of an EMS-DNR bracelet facilitates prompt identification of the patient and therefore is strongly encouraged.

Revocation

An **Order** may be revoked at any time orally or by performing an act such as burning, tearing, canceling, obliterating or by destroying the order of any part of it by the person on whose behalf it was executed or by the persons' authorized health care decision maker. If an **Order** is revoked, the patient's physician should be notified immediately and all copies of the form should be destroyed, including any copies on file with MedicAlert Foundation. All medallions and associated wallet cards should be destroyed.

Additional Resources available

To obtain a New Mexico Durable Power of Attorney for Health Care Decision Form or a Values History Form, contact the Center for Health Law and Ethics, 1111 Stanford, N.E., Albuquerque NM 87131 or call 505-277-5006. The cost for the Values form is $3.00 and may be requested in English or Spanish.

To order EMS-DNR forms or to ask questions about implementation of this program, please call the EMS Bureau at 505-476-8200 or online at www.nmems.org.

ENVELOPE COVER SHEET

EMS

DNR

ORDER INSIDE

Note: Staple this cover sheet to the envelope containing the signed EMS-DNR Order

EMS DNR

EMERGENCY MEDICAL SERVICES (EMS) DO NOT RESUSCITATE (DNR) FORM

AN ADVANCE DIRECTIVE TO LIMIT THE SCOPE OF EMS CARE

NOTE: THIS ORDER TAKES PRECEDENCE OVER A DURABLE HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY FOR EMS TREATMENT ONLY

I, _____, request limited EMS care as described in this document. If my heart stops beating or if I stop breathing, no medical procedure to restore breathing or heart functioning will be instituted, by any health care provider, including but not limited to EMS personnel.

I understand that this decision will not prevent me from receiving other EMS care, such as oxygen and other comfort care measures.

I understand that I may revoke this Order at any time.

I give permission for this information to be given to EMS personnel, doctors, nurses and other health care professionals. I hereby agree to this DNR order.

_____ OR _____

Signature

Signature/Authorized Health Care Decision Maker

I affirm that this patient/authorized health care decision maker is making an informed decision and that this is the expressed directive of the patient. I hereby certify that I or my designee have explained to the patient the full meaning of the Order, available alternatives, and how the Order may be revoked. I or my designee have provided an opportunity for the patient/authorized health care decision maker to ask and have answered any questions regarding the execution of this form. A copy of this Order has been placed in the medical record. In the event of cardiopulmonary arrest, no chest compressions, artificial ventilations, intubation, defibrillation, or cardiac medications are to be initiated.

_____ _____

Physician's Signature/Date

Physician's Name—PRINT

_____

Physician's Address/Phone

Note: please print three (3) copies

ONE SIGNED COPY: To be kept by patient in white envelope and immediately available to Emergency Responders
ONE SIGNED COPY: To be kept in patient's permanent medical record
ONE SIGNED COPY: If DNR Bracelet/Medallion is desired send to MedicAlert with enrollment form

HATCH AMBULANCE SERVICE
P O BOX 370
HATCH, NEW MEXICO 87937

STATEMENT OF FINANCIAL RESPONSIBILITY

I, the undersigned, understand that the payment of any ambulance charges is my sole responsibility. I will provide Hatch Ambulance Service with any pertinent insurance information.

AUTHORIZATION TO PAY INSURANCE BENEFITS: I, the undersigned, hereby authorize payment directly to Hatch Ambulance Service any ambulance benefits otherwise payable to me. These charges will not exceed the regular charges for this type of service. I understand that I am financially responsible to Hatch Ambulance Service for charges not covered by this authorization and do hereby guarantee payment of this bill in the event my insurance does not cover any/all/or part of this claim. I authorize the release of any medical information necessary to process this claim.

MEDICARE/MEDICAID BENEFITS: I, the undersigned, authorize any holder of medical information about me to release to Health Care Financing Administration and its agents (any Medicare/Medicaid agents) any information needed to determine these benefits or the benefits payable for related ambulance services. I also authorize any Medicare/Medicaid agents to release any and all payment and claim information regarding this claim to Hatch Ambulance Service. I understand that I am financially responsible to Hatch Ambulance Service for charges not covered by this authorization and do hereby guarantee payment of this bill in the event Medicare/Medicaid does not cover any/all/part of this claim.

_____ _____
Signature of Patient or Responsibility Date of Signature

_____ _____
Name of Patient Witness

_____ _____
Social Security Number Medicare Number

_____
Medicaid Number

_____ _____
Employer Employer Phone Number

Insurance Name, Policy & Group Number, Address and Telephone Number

Name_____

Policy Number_____

Group Number_____

Address_____

Phone #_____

Niveles de Cuidado

Mesilla Valley Hospice
Much More Can Be Done

Nombre del Paciente _____#_____
Effective Date (Admission) _____

Cuidados Rutinarios en el Hogar

Este nivel de atención es el mismo nivel de cuidados que le provee el equipo de "cuidados paliativos" a los pacientes en su propio hogar. Nosotros reconocemos que hay ocasiones cuando un paciente no puede permanecer en su hogar y prefiere permanecer en La Posada. En este caso, el Beneficios de Hospicio por Medicare continuará cubriendolos "cuidados paliativos" que se le proveen por medio de los miembros del equipo de atención a pacientes. Mas sinembargo, Beneficios de Hospicio por Medicare no paga el costo de alojamiento y alimentación (pensión completa), y una tarifade $250.00 dólares diarios será facturada y cobrada al paciente y/o a la familia o a la fuente responsable del pago.

Asistencia General al Paciente Hospitalizado

La Asistencia General al Paciente Hospitalizado se proporciona cuando se requiere atender una crisis a corto plazo por síntomas que no se pueden controlar en la casa. El nivel de cuidados y atención se puede proporcionar en nuestras área de hospitalización: La Posada o el hospital Memorial Medical Center. La determinación de cuando este nivel de atención es apropiado se basa en los reglamentos de Medicare y el Plan de Atención del paciente. Cuando la Asistencia General al Paciente Hospitalizado ya no es apropiada, el equipo de cuidados paliativos trabajará con el paciente y la familia para ayudar en la transición a Cuidados Rutinarios en el Hogar.

Revelo de Descanso al Cuidador

Tenemos disponible Relevo de Descanso al Cuidador para las familias que necesitan un breve receso y así poder descansar de cuidar a sus seres queridos. Este servicio esta disponible por un máximo de 5 días por periodo de beneficios. El equipo de cuidados paliativos trabaja con el paciente y la familia para ayudarles con la transición de La Posada al regreso a su casa para recibir cuidados rutinarios en el hogar.

Acuerdo

Yo/Nosotros hemos leído los requisitos sobre la variedad de niveles de cuidados que hay disponibles y entendemos que el nivel de cuidados será determinado por los Reglamentos de Medicare y el Plan de Cuidados. Yo entiendo que Medicare no paga por no el costo de alojamiento y alimentos (pension completa) para los Niveles de Atención Rutinaria y me cobraran $250.00 dólares diarios por mi estadia. Si yo necesito ayuda yo trabajaré con mi Trabajador Social.

_____ _____
Paciente o Representante Autorizado para su Firma Fecha

_____ _____
Representante de MVH Fecha

File Name: Levels of Care (Spanish)
Form # 105 (05/13, 03/15)

Client: _____
Date of Birth: _____
Record #: _____