

--



ELECCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS O DE HOSPICIO

1 NÚMERO DE BENEFICIARIO	
2 NOMBRE DEL BENEFICIARIO ("PACIENTE")	3 FECHA EFECTIVA DE LA ATENCIÓN

4 NOMBRE DEL HOSPICIO ("HOSPICIO")

Por la presente, yo Paciente, elijo recibir servicios de cuidados paliativos o de hospicio a partir de la fecha efectiva que se indica anteriormente. Elijo recibir servicios de cuidados paliativos o de hospicio en el Hospicio anteriormente mencionado. El Hospicio me ha explicado cabalmente la naturaleza de mi enfermedad y de los servicios de cuidados paliativos o de hospicio, los servicios que proporciona el Hospicio y la cobertura proporcionada a través del beneficio de Cuidados de Hospicio de Asistencia Médica de Pennsylvania ("beneficio"). He tenido la oportunidad de hablar sobre los servicios, requisitos y limitaciones de los beneficios aplicables a personas adultas de 21 años de edad o más, sobre los cuidados paliativos o de hospicio que brinda este Hospicio y sobre los términos de esta declaración de Elección de Cuidados Paliativos o de Hospicio. Recibí respuestas satisfactorias a todas las preguntas que tenía. También firmé, en un formulario separado, la declaración de consentimiento informado del Hospicio, cuyo contenido me explicó el Hospicio.

Entiendo que:

- Antes de comenzar los servicios de cuidados paliativos o de hospicio, el Hospicio preparará un plan de atención para mí y que los servicios que reciba concorderán con este plan de atención.
- Mis beneficios de Asistencia Médica seguirán pagando los servicios que no estén relacionados con mi enfermedad terminal o con una enfermedad relacionada o servicios que no sean equivalentes a los cuidados paliativos o de hospicio.
- Entiendo que los cuidados paliativos o de hospicio pueden ser proporcionados por un hospicio diferente del que me fue designado, mediante acuerdos realizados por el hospicio designado.
- Puedo elegir recibir cuidados paliativos o de hospicio de parte de otro proveedor de servicios de cuidados paliativos o de hospicio. Para hacerlo, deberé firmar un formulario de Cambio de Proveedor de Cuidados Paliativos o de Hospicio (MA 374) sin que disminuya mi beneficio de Cuidados de Hospicio de Asistencia Médica.
- Puedo revocar mi elección de servicios de cuidados paliativos o de hospicio en cualquier momento. Para hacerlo, deberé firmar el formulario de Revocación de Cuidados Paliativos o de Hospicio (MA 375) antes de la fecha en la que quiero dejar de recibir dichos beneficios. Mis otros beneficios de Asistencia Médica se reanudarán cuando terminen los beneficios de cuidados paliativos o de hospicio, si aún sigo siendo elegible para recibir Asistencia Médica.

Pacientes de 21 años de edad o mayores:

Entiendo que al firmar este formulario de Elección de Cuidados Paliativos o de Hospicio, renuncio voluntariamente a todos los derechos sobre los beneficios de Asistencia Médica, mientras dure la elección de cuidados paliativos o de hospicio, para los siguientes servicios:

- I. Cualquier servicio de Asistencia Médica que esté relacionado con el tratamiento de la enfermedad terminal para la cual se eligieron los cuidados paliativos o de hospicio, o una enfermedad relacionada, o que sea equivalente a los cuidados paliativos o de hospicio, excepto por:
 - A. servicios provistos (ya sea directamente o mediante un acuerdo) por el Hospicio;
 - B. servicios provistos por otro hospicio mediante acuerdos realizados por el Hospicio;
 - C. servicios provistos por mi médico de cabecera, si dicho médico no es empleado del Hospicio ni compensado por el Hospicio por dichos servicios.

Pacientes menores de 21 años de edad:

Entiendo que al firmar este formulario de Elección de Cuidados Paliativos o de Hospicio, puedo continuar recibiendo cualquier servicio cubierto por Asistencia Médica que sea relativo a mi enfermedad terminal, al mismo tiempo que reciba cuidados paliativos o de hospicio. Cuando cumpla veintiún (21) años de edad, ya no seré elegible para recibir servicios de Asistencia Médica relativos a la enfermedad terminal al mismo tiempo que reciba servicios de cuidados paliativos o de hospicio, con excepción de los servicios descritos anteriormente en la sección I. A-C, debajo del título "Pacientes de 21 años de edad o mayores."

5 FECHA	6 FIRMA DEL PACIENTE	7 NOMBRE DEL PACIENTE (EN LETRA DE MOLDE)
---------	----------------------	---

El paciente no puede firmar este formulario de Elección de Cuidados Paliativos o de Hospicio por el siguiente motivo:

8

Por la presente certifico que estoy autorizado por las leyes del Estado de Pennsylvania a firmar este formulario en nombre del paciente, como su representante legal. Entiendo y acepto todas las declaraciones expuestas en esta declaración de Elección de Cuidados Paliativos o de Hospicio.

9 FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	10 FECHA
---------------------------------	----------

11 NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (EN LETRA DE MOLDE)	12 RELACIÓN CON EL PACIENTE
---	-----------------------------

EL PACIENTE RECIBIRÁ ATENCIÓN EN LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

13 DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
--------------	--------	--------	---------------

14 NÚM. ID MA DEL PROVEEDOR	<p>Por la presente certifico que he explicado personalmente la información contenida en este formulario de Elección de Cuidados Paliativos o de Hospicio, así como la contenida en el formulario separado de consentimiento informado, firmado, al paciente antes mencionado, o a su representante legal si corresponde, que he respondido las preguntas sobre los cuidados paliativos o de hospicio, los servicios provistos por el Hospicio y el beneficio de cuidados de hospicio de Asistencia Médica y que he sido testigo de que el paciente, o su representante legal si corresponde, firmó el presente formulario de Elección de Cuidados Paliativos o de Hospicio.</p>
-----------------------------	---

15 FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL HOSPICIO	16 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL HOSPICIO (EN LETRA DE MOLDE)
17 FECHA	18 CARGO DEL REPRESENTANTE DEL HOSPICIO



--



ELECCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS O DE HOSPICIO

1 NÚMERO DE BENEFICIARIO	
2 NOMBRE DEL BENEFICIARIO ("PACIENTE")	3 FECHA EFECTIVA DE LA ATENCIÓN

4 NOMBRE DEL HOSPICIO ("HOSPICIO")

Por la presente, yo Paciente, elijo recibir servicios de cuidados paliativos o de hospicio a partir de la fecha efectiva que se indica anteriormente. Elijo recibir servicios de cuidados paliativos o de hospicio en el Hospicio anteriormente mencionado. El Hospicio me ha explicado cabalmente la naturaleza de mi enfermedad y de los servicios de cuidados paliativos o de hospicio, los servicios que proporciona el Hospicio y la cobertura proporcionada a través del beneficio de Cuidados de Hospicio de Asistencia Médica de Pennsylvania ("beneficio"). He tenido la oportunidad de hablar sobre los servicios, requisitos y limitaciones de los beneficios aplicables a personas adultas de 21 años de edad o más, sobre los cuidados paliativos o de hospicio que brinda este Hospicio y sobre los términos de esta declaración de Elección de Cuidados Paliativos o de Hospicio. Recibí respuestas satisfactorias a todas las preguntas que tenía. También firmé, en un formulario separado, la declaración de consentimiento informado del Hospicio, cuyo contenido me explicó el Hospicio.

Entiendo que:

- Antes de comenzar los servicios de cuidados paliativos o de hospicio, el Hospicio preparará un plan de atención para mí y que los servicios que reciba concorderán con este plan de atención.
- Mis beneficios de Asistencia Médica seguirán pagando los servicios que no estén relacionados con mi enfermedad terminal o con una enfermedad relacionada o servicios que no sean equivalentes a los cuidados paliativos o de hospicio.
- Entiendo que los cuidados paliativos o de hospicio pueden ser proporcionados por un hospicio diferente del que me fue designado, mediante acuerdos realizados por el hospicio designado.
- Puedo elegir recibir cuidados paliativos o de hospicio de parte de otro proveedor de servicios de cuidados paliativos o de hospicio. Para hacerlo, deberé firmar un formulario de Cambio de Proveedor de Cuidados Paliativos o de Hospicio (MA 374) sin que disminuya mi beneficio de Cuidados de Hospicio de Asistencia Médica.
- Puedo revocar mi elección de servicios de cuidados paliativos o de hospicio en cualquier momento. Para hacerlo, deberé firmar el formulario de Revocación de Cuidados Paliativos o de Hospicio (MA 375) antes de la fecha en la que quiero dejar de recibir dichos beneficios. Mis otros beneficios de Asistencia Médica se reanudarán cuando terminen los beneficios de cuidados paliativos o de hospicio, si aún sigo siendo elegible para recibir Asistencia Médica.

Pacientes de 21 años de edad o mayores:

Entiendo que al firmar este formulario de Elección de Cuidados Paliativos o de Hospicio, renuncio voluntariamente a todos los derechos sobre los beneficios de Asistencia Médica, mientras dure la elección de cuidados paliativos o de hospicio, para los siguientes servicios:

- I. Cualquier servicio de Asistencia Médica que esté relacionado con el tratamiento de la enfermedad terminal para la cual se eligieron los cuidados paliativos o de hospicio, o una enfermedad relacionada, o que sea equivalente a los cuidados paliativos o de hospicio, excepto por:
 - A. servicios provistos (ya sea directamente o mediante un acuerdo) por el Hospicio;
 - B. servicios provistos por otro hospicio mediante acuerdos realizados por el Hospicio;
 - C. servicios provistos por mi médico de cabecera, si dicho médico no es empleado del Hospicio ni compensado por el Hospicio por dichos servicios.

Pacientes menores de 21 años de edad:

Entiendo que al firmar este formulario de Elección de Cuidados Paliativos o de Hospicio, puedo continuar recibiendo cualquier servicio cubierto por Asistencia Médica que sea relativo a mi enfermedad terminal, al mismo tiempo que reciba cuidados paliativos o de hospicio. Cuando cumpla veintiún (21) años de edad, ya no seré elegible para recibir servicios de Asistencia Médica relativos a la enfermedad terminal al mismo tiempo que reciba servicios de cuidados paliativos o de hospicio, con excepción de los servicios descritos anteriormente en la sección I. A-C, debajo del título "Pacientes de 21 años de edad o mayores."

5 FECHA	6 FIRMA DEL PACIENTE	7 NOMBRE DEL PACIENTE (EN LETRA DE MOLDE)
---------	----------------------	---

El paciente no puede firmar este formulario de Elección de Cuidados Paliativos o de Hospicio por el siguiente motivo:

8

Por la presente certifico que estoy autorizado por las leyes del Estado de Pennsylvania a firmar este formulario en nombre del paciente, como su representante legal. Entiendo y acepto todas las declaraciones expuestas en esta declaración de Elección de Cuidados Paliativos o de Hospicio.

9 FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	10 FECHA
---------------------------------	----------

11 NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (EN LETRA DE MOLDE)	12 RELACIÓN CON EL PACIENTE
---	-----------------------------

EL PACIENTE RECIBIRÁ ATENCIÓN EN LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

13 DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
--------------	--------	--------	---------------

14 NÚM. ID MA DEL PROVEEDOR	<p>Por la presente certifico que he explicado personalmente la información contenida en este formulario de Elección de Cuidados Paliativos o de Hospicio, así como la contenida en el formulario separado de consentimiento informado, firmado, al paciente antes mencionado, o a su representante legal si corresponde, que he respondido las preguntas sobre los cuidados paliativos o de hospicio, los servicios provistos por el Hospicio y el beneficio de cuidados de hospicio de Asistencia Médica y que he sido testigo de que el paciente, o su representante legal si corresponde, firmó el presente formulario de Elección de Cuidados Paliativos o de Hospicio.</p>
-----------------------------	---

15 FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL HOSPICIO	16 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL HOSPICIO (EN LETRA DE MOLDE)
---	--

17 FECHA	18 CARGO DEL REPRESENTANTE DEL HOSPICIO
----------	---



--



ELECCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS O DE HOSPICIO

1 NÚMERO DE BENEFICIARIO	
2 NOMBRE DEL BENEFICIARIO ("PACIENTE")	3 FECHA EFECTIVA DE LA ATENCIÓN

4 NOMBRE DEL HOSPICIO ("HOSPICIO")

Por la presente, yo Paciente, elijo recibir servicios de cuidados paliativos o de hospicio a partir de la fecha efectiva que se indica anteriormente. Elijo recibir servicios de cuidados paliativos o de hospicio en el Hospicio anteriormente mencionado. El Hospicio me ha explicado cabalmente la naturaleza de mi enfermedad y de los servicios de cuidados paliativos o de hospicio, los servicios que proporciona el Hospicio y la cobertura proporcionada a través del beneficio de Cuidados de Hospicio de Asistencia Médica de Pennsylvania ("beneficio"). He tenido la oportunidad de hablar sobre los servicios, requisitos y limitaciones de los beneficios aplicables a personas adultas de 21 años de edad o más, sobre los cuidados paliativos o de hospicio que brinda este Hospicio y sobre los términos de esta declaración de Elección de Cuidados Paliativos o de Hospicio. Recibí respuestas satisfactorias a todas las preguntas que tenía. También firmé, en un formulario separado, la declaración de consentimiento informado del Hospicio, cuyo contenido me explicó el Hospicio.

Entiendo que:

- Antes de comenzar los servicios de cuidados paliativos o de hospicio, el Hospicio preparará un plan de atención para mí y que los servicios que reciba concorderán con este plan de atención.
- Mis beneficios de Asistencia Médica seguirán pagando los servicios que no estén relacionados con mi enfermedad terminal o con una enfermedad relacionada o servicios que no sean equivalentes a los cuidados paliativos o de hospicio.
- Entiendo que los cuidados paliativos o de hospicio pueden ser proporcionados por un hospicio diferente del que me fue designado, mediante acuerdos realizados por el hospicio designado.
- Puedo elegir recibir cuidados paliativos o de hospicio de parte de otro proveedor de servicios de cuidados paliativos o de hospicio. Para hacerlo, deberé firmar un formulario de Cambio de Proveedor de Cuidados Paliativos o de Hospicio (MA 374) sin que disminuya mi beneficio de Cuidados de Hospicio de Asistencia Médica.
- Puedo revocar mi elección de servicios de cuidados paliativos o de hospicio en cualquier momento. Para hacerlo, deberé firmar el formulario de Revocación de Cuidados Paliativos o de Hospicio (MA 375) antes de la fecha en la que quiero dejar de recibir dichos beneficios. Mis otros beneficios de Asistencia Médica se reanudarán cuando terminen los beneficios de cuidados paliativos o de hospicio, si aún sigo siendo elegible para recibir Asistencia Médica.

Pacientes de 21 años de edad o mayores:

Entiendo que al firmar este formulario de Elección de Cuidados Paliativos o de Hospicio, renuncio voluntariamente a todos los derechos sobre los beneficios de Asistencia Médica, mientras dure la elección de cuidados paliativos o de hospicio, para los siguientes servicios:

- I. Cualquier servicio de Asistencia Médica que esté relacionado con el tratamiento de la enfermedad terminal para la cual se eligieron los cuidados paliativos o de hospicio, o una enfermedad relacionada, o que sea equivalente a los cuidados paliativos o de hospicio, excepto por:
 - A. servicios provistos (ya sea directamente o mediante un acuerdo) por el Hospicio;
 - B. servicios provistos por otro hospicio mediante acuerdos realizados por el Hospicio;
 - C. servicios provistos por mi médico de cabecera, si dicho médico no es empleado del Hospicio ni compensado por el Hospicio por dichos servicios.

Pacientes menores de 21 años de edad:

Entiendo que al firmar este formulario de Elección de Cuidados Paliativos o de Hospicio, puedo continuar recibiendo cualquier servicio cubierto por Asistencia Médica que sea relativo a mi enfermedad terminal, al mismo tiempo que reciba cuidados paliativos o de hospicio. Cuando cumpla veintiún (21) años de edad, ya no seré elegible para recibir servicios de Asistencia Médica relativos a la enfermedad terminal al mismo tiempo que reciba servicios de cuidados paliativos o de hospicio, con excepción de los servicios descritos anteriormente en la sección I. A-C, debajo del título "Pacientes de 21 años de edad o mayores."

5 FECHA	6 FIRMA DEL PACIENTE	7 NOMBRE DEL PACIENTE (EN LETRA DE MOLDE)
---------	----------------------	---

El paciente no puede firmar este formulario de Elección de Cuidados Paliativos o de Hospicio por el siguiente motivo:

8

Por la presente certifico que estoy autorizado por las leyes del Estado de Pennsylvania a firmar este formulario en nombre del paciente, como su representante legal. Entiendo y acepto todas las declaraciones expuestas en esta declaración de Elección de Cuidados Paliativos o de Hospicio.

9 FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	10 FECHA
---------------------------------	----------

11 NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (EN LETRA DE MOLDE)	12 RELACIÓN CON EL PACIENTE
---	-----------------------------

EL PACIENTE RECIBIRÁ ATENCIÓN EN LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

13 DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
--------------	--------	--------	---------------

14 NÚM. ID MA DEL PROVEEDOR	<p>Por la presente certifico que he explicado personalmente la información contenida en este formulario de Elección de Cuidados Paliativos o de Hospicio, así como la contenida en el formulario separado de consentimiento informado, firmado, al paciente antes mencionado, o a su representante legal si corresponde, que he respondido las preguntas sobre los cuidados paliativos o de hospicio, los servicios provistos por el Hospicio y el beneficio de cuidados de hospicio de Asistencia Médica y que he sido testigo de que el paciente, o su representante legal si corresponde, firmó el presente formulario de Elección de Cuidados Paliativos o de Hospicio.</p>
-----------------------------	---

15 FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL HOSPICIO	16 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL HOSPICIO (EN LETRA DE MOLDE)
---	--

17 FECHA	18 CARGO DEL REPRESENTANTE DEL HOSPICIO
----------	---

