

DECLARACIÓN DE LA ELECCIÓN DE BENEFICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS DE MEDICARE

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO: El suscrito otorga autorización a los empleados, voluntarios y/o consultores de Prairie Haven Hospice para proporcionar a este paciente y a su familia atención médica, de enfermería, psicosocial, espiritual y otros servicios profesionales y voluntarios que considere necesarios para promover los mejores intereses y el bienestar de este paciente y su familia.

RECONOCIMIENTO DE LA NATURALEZA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

(HOSPICE CARE): El suscrito reconoce que este paciente y su familia o representante legal comprenden que el objetivo del tratamiento de cuidados paliativos no constituye una cura, sino más bien un *cuidado paliativo que promueve* la comodidad y el manejo de los síntomas que se asocian al *pronóstico terminal* de este paciente.

PARA LOS PACIENTES QUE SEAN ELEGIBLES PARA MEDICARE: Al elegir la cobertura de cuidados paliativos bajo la Parte A de Medicare, usted tiene derecho a lo siguiente:

- A. Servicios de un equipo interdisciplinario, como médicos, y servicios de enfermería, médicos, trabajo social y orientación, como asesoramiento pastoral y nutricional.
- B. Servicios de auxiliar de atención domiciliaria o ama de casa.
- C. Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla;
- D. Atención hospitalaria de corto plazo.
- E. Atención domiciliaria continua durante períodos de crisis.
- F. Equipos y suministros médicos.
- G. Cobertura de medicamentos y productos biológicos paliativos relacionados con la enfermedad terminal.
- H. Apoyo para sobrellevar el duelo. *Iniciales:* _____

PRAIRIE HAVEN HOSPICE
Two West 42nd, Suite 2300
Scottsbluff NE 69361

Original para la historia clínica
Copia para el paciente

DECLARACIÓN DE LA ELECCIÓN DE BENEFICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS DE MEDICARE

Al elegir los cuidados paliativos en este centro, usted renuncia al derecho de pago de Medicare por lo siguiente:

- A. Cuidados paliativos proporcionados por otro centro de cuidados paliativos distinto a Prairie Haven Hospice.
(Los pacientes pueden elegir un proveedor de cuidados paliativos distinto por cada período de beneficios [definidos a continuación]).
- B. Servicios curativos relacionados con el tratamiento para el cual se eligieron los cuidados paliativos. El tratamiento de una afección que esté relacionada directa o indirectamente con la enfermedad para la cual se eligieron los cuidados paliativos puede ser cubierto bajo el beneficio de cuidados paliativos.

DECLARACIÓN DE LA ELECCIÓN: Medicare realizará los pagos por los días que reciba atención en el centro de cuidados paliativos como se indica a continuación:

Primer período de beneficios: 90 días

Segundo período de beneficios: 90 días

Número ilimitado de 60 días

En cuanto a los pacientes que comienzan el período de beneficios de los primeros sesenta (60) días (tercer período) y para todos los períodos de beneficios subsiguientes, el director médico del centro de cuidados paliativos o una enfermera practicante empleada por el centro debe reunirse personalmente con el paciente para determinar la elegibilidad para recibir cuidados paliativos de forma continua. No hay ningún cargo para los pacientes por este período y pueden ser atendidos en sus casas, en establecimientos de enfermería, de vivienda asistida y en el consultorio del médico.

Iniciales: _____

PRAIRIE HAVEN HOSPICE
Two West 42nd, Suite 2300
Scottsbluff NE 69361

Original para la historia clínica
Copia para el paciente

DECLARACIÓN DE ELECCIÓN DE BENEFICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS DE MEDICARE PHHF.020

**DECLARACIÓN DE LA ELECCIÓN DE BENEFICIOS DE CUIDADOS
PALIATIVOS DE MEDICARE**

REVOCACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS: El suscrito acusa recibo de que este paciente puede revocar en cualquier momento la elección del centro de cuidados paliativos y que al hacerlo, comprende que el tiempo que quede en el período de elección se pierde.

ATENCIÓN HOSPITALARIA: El suscrito reconoce que si la enfermedad del paciente se agravara al punto de necesitar atención hospitalaria (ya sea para el manejo de los síntomas agudos o para propósitos de ayuda de relevo [*respite*]), esa atención puede recibirla solo en Regional West Medical Center (Scottsbluff), Morrill County Community Hospital (Bridgeport), Box Butte General Hospital (Alianza), Kimball Health Services (Kimball) o Community Hospital (Torrington, WY).

Si el paciente desea hospitalizarse en un establecimiento distinto a los mencionados anteriormente, puede hacerlo solo mediante la revocación de su elección de centro de cuidados paliativos.

Fecha de entrada en vigencia

Firma del paciente y fecha

El paciente carece de capacidad cognitiva para firmar.

El paciente no está capacitado físicamente para firmar
debido a un proceso avanzado de su enfermedad.

Firma del testigo y fecha

Firma de la persona identificada por el
paciente como familiar o representante legal,
que es responsable del cuidado de este
paciente.

PRAIRIE HAVEN HOSPICE
Two West 42nd, Suite 2300
Scottsbluff NE 69361

Original para la historia clínica
Copia para el paciente

**DECLARACIÓN DE LA ELECCIÓN DE BENEFICIOS DE CUIDADOS
PALIATIVOS DE MEDICARE**

Relación con el paciente

Médico del paciente

Dirección del médico:

Número de teléfono del médico:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Elección para el siguiente período de beneficios: 1 2 3 4

Fechas de revocación (si corresponde): _____

PRAIRIE HAVEN HOSPICE
Two West 42nd, Suite 2300
Scottsbluff NE 69361

Original para la historia clínica
Copia para el paciente

DECLARACIÓN DE ELECCIÓN DE BENEFICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS DE MEDICARE PHHF.020