

## **DECLARACIÓN DE LA ELECCIÓN DE BENEFICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS DE MEDICAID**

**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 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 MEDICAID:** Al elegir la cobertura de cuidados paliativos bajo Medicaid, 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 un 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.

*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 MEDICAID 1/12 PHHF.025**

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

*Iniciales:* \_\_\_\_\_

Al elegir los cuidados paliativos en este centro, usted renuncia al derecho de pago de Medicaid 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:** Medicaid 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

Tercer período de beneficios: 60 días

Cuarto período de beneficios: 60 días

Quinto período de beneficios: 60 días

**REVOCACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS:** El suscrito reconoce 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.

*Iniciales:* \_\_\_\_\_

**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

*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 MEDICAID 1/12 PHHF.025**

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

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 de Medicaid.

\_\_\_\_\_  
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, el que es responsable del cuidado de este paciente.

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Médico del paciente

\_\_\_\_\_  
Dirección del médico:

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono del médico:

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA**

*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 MEDICAID**

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