Ejemplo modelo de declaración de elección

Nombre del paciente:

Nombre de la agencia de cuidado de hospicio

Elección de cuidado de hospicio

Yo,_____ **(nombre del paciente)** he decidido elegir el beneficio de hospicio de Medicare y recibir servicios de hospicio de _____**(Nombre centro de cuidados paliativos)** para comenzar _____ **(Fecha de inicio de los cuidados).**

(Nota: La fecha de inicio de cuidados de hospicio, también conocida como la fecha de entrada en vigor de la elección, puede ser el primer día de cuidados de hospicio 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 entrada en vigor que sea retroactiva.)

Derecho a elegir un médico tratante

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

☐ No deseo elegir un médico tratante
☐ Hago constar que mi elección de médico tratante es:
(Proporcione toda la información que sirva para identificar de forma exclusiva al médico tratante que ha elegido).

Nombre completo del médico:

Filosofía y cobertura de hospicio

Al elegir cuidados paliativos bajo el beneficio de cuidados paliativos de Medicare, reconozco que:

- Me explicaron y comprendo plenamente la finalidad de los cuidados paliativos, lo que incluye que el carácter de los cuidados de hospicio es aliviar el dolor y otros síntomas relacionados con mi enfermedad terminal y afecciones relacionadas, y que tales cuidados no tienen el propósito de curarme. La atención de los cuidados paliativos se centra en brindar bienestar y apoyo tanto para mí como para mi familia y cuidadores.
- Me han dado información sobre los artículos, servicios y medicamentos que el centro de hospicio cubrirá y proveerá cuando yo decida recibir cuidado de hospicio.
- Me han dado información sobre la posibilidad de compartir gastos por ciertos servicios de hospicio, si corresponde.
- Entiendo que al elegir el cuidado de hospicio según el beneficio de Medicare que cubre estos servicios, renuncio (abandono) el derecho al pago por parte de Medicare de los artículos, servicios y medicamentos relacionados con mi enfermedad terminal y afecciones relacionadas. Esto significa que mientras esta elección esté vigente, Medicare pagará los cuidados relacionados con mi enfermedad terminal y afecciones relacionadas solamente al centro de hospicio designado y al médico tratante que he seleccionado.
- Entiendo que los artículos, servicios, y medicamentos que no son relacionados con mi enfermedad terminal y condiciones relacionadas son excepcionales e inusuales y que, por lo general, el hospicio proporcionará casi todos mis cuidados cuando estoy bajo una elección de hospicio. Los artículos, servicios, y medicamentos que se determinan como no relacionados con mi enfermedad terminal y condiciones relacionadas siguen siendo elegibles para la cobertura de Medicare bajo otros beneficios separados.

Ejemplo modelo de declaración de elección

Su anexo: "Aviso al Paciente de Artículos, Servicios, y Medicamentos de Hospicio no Cubiertos"

- Como beneficiario de Medicare que opta recibir cuidados paliativos, su hospicio debe proporcionarle a usted (o a su representante), por escrito, el anexo **"Aviso al Paciente de Artículos, Servicios, y Medicamentos de Hospicio no Cubiertos"** (y cualquier actualización) que enumere condiciones, artículos, servicios y medicamentos que el hospicio determinó que no están relacionados con su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, y que no serán cubiertos por el hospicio.

- El hospicio debe entregar el anexo escrito dentro de los 5 días siguientes a la fecha de inicio de la elección. Si hay algún cambio en su plan de cuidados durante el curso de cuidados de hospicio que afecte las condiciones, artículos, servicios y medicamentos que el hospicio determinó que no están relacionados con su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, y que no serán cubiertos por el hospicio, el hospicio debe proporcionar esta actualización por escrito en un plazo de 3 días.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO, por sus siglas en inglés)

En su calidad de beneficiario de cuidados paliativos de Medicare, usted tiene derecho a contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCCQIO) para solicitar Defensa inmediata si está en desacuerdo con cualquiera de las determinaciones del centro de cuidados paliativos. El BFCC-QIO que da servicio a su zona es:

Nombre BFCC-QIO: _____

Número de teléfono o sitio web de BFCC-QIO: _____

Firma del beneficiario: _____

Firma del representante de beneficiarios (si el beneficiario no puede firmar): _____

Fecha de firma: _____