



Company Name

# ACUERDO DE SERVICIO AL CLIENTE

PAGE 1 OF 3

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO A SER TRATADO

Por este medio autorizo a la agencia a rendir servicios prescritos por mi médico, o por cualquier otro tratamiento terapéutico o de diagnóstico que pueda ser considerado aconsejable o necesario a juicio de mi médico.

Iniciales \_\_\_\_\_

## TRANSFERIR/SERVICIOS DE EMERGENCIA MEDICA

Entiendo que durante el curso de mi terapia puede ser necesario y adecuado el transferirme a un hospital para tratamiento de emergencia. Entiendo que la agencia no proporciona cuidado médico de emergencia y por lo tanto si la necesidad para tal tratamiento fuera necesaria y/o la transferencia considerada necesaria y adecuada por mi médico, el personal de la agencia llamara al 911. Estoy de acuerdo con tal tratamiento de emergencia y por este medio indemnizo a la agencia y sus dueños, personal y médicos que puedan haber estado atendiendome de cualquier perdida resultante de mi tratamiento de emergencia y transferencia. Acuerdo asumir unica responsabilidad por todos los cobras incurridos en mi tratamiento.

Iniciales \_\_\_\_\_

## PUBLICAR INFORMACIÓN

Autorizo a todos los médicos hospitales, hospitales, clínicas y otros centros de salud para entregar información concerniente a mi salud a la agencia. Autorizo también a cualquier institución licenciada, gerencia de casos, cuernos reguladores, de acreditación y otros proveedores de servicios de salud para el proposito de continuar proveyendo continuidad en el cuidado. No establezco limitaciones respecto al clima enfermedad o en la información de diagnóstico/terapia, incluyendo cualquier tratamiento de abusos de drogas, desordenes siquiaticos, síndrome de inmunidad adquirida.

Iniciales \_\_\_\_\_

## BENEFICIOS DE SEGURO

Por este medio autorizo a mi compañía privada de seguros a pagar los beneficios del seguro que se me deban directamente a la agencia y estoy de acuerdo en liberar la información medica a mi proveedor de seguros. De ser solicitado por mi proveedor, tambien acuerdo responsabilizarme por cualquier información de seguro, o el rechazo de pagos.

Iniciales \_\_\_\_\_

## ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por este medio autorizo a la agencia para facturar a Medicare, Medicaid, o HMO por cualquier servicio provisto por la agencia y autorizo a Medicare, Medicaid or HMO a efectuar pagos directamente a la agencia por tales servicios. Entiendo que soy responsable por el pago por cualquier servicio no cubierto por Medicare, Medicaid y o el HMO.

Iniciales \_\_\_\_\_

## A VISA DE COBRAS

La agencia proveera a los siguientes servicios:

- SN  Aide  PT  OT  SF  MSW Otros: \_\_\_\_\_
- Programa Medicaid, no se esperan cobras.
- Programa Medicare, responsable por co-pago de \$2.00/visita con máximo de un co-pago por día.
- Otros seguros de acuerdo al contrato con el pagador. Sera responsable de cualquier co-pago, deducible como se estipula en la póliza así como cualquier servicio no cubierto.
- Pago Privado; Sera responsable por todos los cobros. El método de pago sera \_\_\_\_\_
- Le sera comprando a razon de \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ por servicios.

Iniciales \_\_\_\_\_



# ACUERDO DE SERVICIO AL CLIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DEL PACIENTE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES Y REGISTRO DE ABUSOS

Certifico que he leído, comprendido y recibido de la declaración de los derechos del paciente y las responsabilidades que me han sido explicadas oralmente por un representante de la agencia entiendo la política y he recibido una copia con el numero del telefono del registro de abusos.

Iniciales \_\_\_\_\_

## DIRECTIVAS ADELANTADAS Y TESTAMENTO EN VIDA

He recibido información escrita relacionada a mis derechos de tomar decisiones referente a mi tratamiento médico, incluyendo el derecho de aceptar y rechazar tratamiento médico y el derecho a formular directivas por adelantado bajo la ley estatal.

Tengo un Testameno en Vida?  Sí  No

Si es sí, localización del testamento: \_\_\_\_\_

Tengo un representante:  Sí  No

Mi representante es: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zip: \_\_\_\_\_

Iniciales \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

## CERTIFICACIÓN DE MEMBRESIA EN HMO

Declaro por este medio que yo o simplemente yo pertenezco a ningún HMO: que a visare a la agencia de inmediato si escogiera hacerme miembro en el futuro. Estoy de acuerdo en pagar por todos los servicios que la agencia me prestara si fallo en a visar a la agencia de mi membresia.

Iniciales \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA OASIS

Entiendo que la agencia necesita recaudar información medica de todos los pacientes admitidos por servicios y que esta información es transmitida a la agencia encargada de la administración (AHC) y la administración de finanzas de salud (HCFA). El personal de la agencia ha llenado los formularios y me han contestado todas la preguntas. Autorizo a la agencia a liberar información medica al HCFA o a sus agentes de cualquier/o toda la información incluida en los formularios de OASIS. Permito que una copia de esta autorización sea usada en lugar del original.

Iniciales \_\_\_\_\_

asegurado que toda la información se mantendrá en estricta confidencialidad.

## PERMISION A FOTOGRAFÍA

Entiendo y autorizo a tomar fotografías de mi persona para mantenerlas en los archivos de la agencia. Estas fotografías sera utilizadas como la agencia considere necesario.

Iniciales \_\_\_\_\_

## A VISA DE PRACTICA DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido una copia de el a visas de practica de privacidad de la agencia

Iniciales \_\_\_\_\_

Reconocimiento no fue firmado por: \_\_\_\_\_

## PERMISO PARA VISITAS DE SUPERVISIÓN: SERVICIOS NO ESPECIALIZADOS

N/A

Por este medio doy por miso a la agencia a efectuar visitas de supervision por asistentes, companeros, y otros como la politica de la agencia y los procedimientos lo manden.

Iniciales \_\_\_\_\_



Company Name

# ACUERDO DE SERVICIO AL CLIENTE

PAGE 3 OF 3

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA FIRMAR DE PORTE DEL PACIENTE

El paciente no puede firmar documentos por:

Nombre de la persona autorizada a firmar: \_\_\_\_\_

Familia: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Guardian (adjunte copia de la orden)

\_\_\_ Otro: (detallar la firma que autoriza)

Iniciales \_\_\_\_\_

## UN AGENCIA SOLAMENTE PARA PROVEER SERVICIO

Yo voluntariamente he escogido la agencia. Para ser mi único servicio de cuidado en el hogar, yo estoy consiente que Medicare solamente le pague a una agencia durante cualquier tiempo y no entrare en ningun otro contrato con otra agencia o servicios de cuidado en el hogar mientras que este recibiendo servicios de la agencia. La notificación a la agencia si desbo transferirme otra agencia si la agencia no es notofocada yo puede ser responsable por cualquier cargo que el seguro no le page a la agencia por resultado de recibir servicios de otra agencia a la misma vez.

Iniciales \_\_\_\_\_

## MANUAL DEL PACIENTE

He recibido el manual del paciente por la agencia y ha sido verbalmente explicado por representantes de la agencia. Todas mis preguntas y dudas han sido aclaradas a mi total satisfacción.

Iniciales \_\_\_\_\_

Con mi firma, atesto que he leído y recibido copia de este contrato de servicios al paciente y que todas mis preguntas y dudas han sido aclaradas a mi satisfacción. Estoy totalmente consciente que puedo comunicarme con la agencia si tuviese alguna pregunta mientras sea paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha