

Hospicio de Nueva York | Hospice of New York

CONSENTIMIENTO INFORMADO / ELECCIÓN PARA EL BENEFICIO DEL HOSPICIO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DEL EXPEDIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____

Yo elijo recibir cuidado del Hospicio de Nueva York (Hospice of New York). Yo entiendo que el tratamiento que yo estoy escogiendo es paliativo, no curativo, con la meta de mejorar mi calidad de vida. Yo entiendo que cada esfuerzo será para el control de síntomas para que yo pueda enfocarme en mis energías para vivir. Yo entiendo que la resucitación NO SERA hecha por el personal del hospicio. Yo también entiendo que mi médico privado puede continuar en mi cuidado mientras me encuentro en este programa.

Yo tengo alguien en mi familia o entre mis amistades quien está disponible para mí (al menos por teléfono), quien esta informado de mi elección para el cuidado del hospicio, y quien estará en contacto con el hospicio. Yo entiendo que cualquier pregunta que yo tenga relacionada con mi condición será respondida honestamente y directamente por el personal del hospicio dentro de su mejor capacidad.

Los servicios que yo estoy eligiendo incluyen:

- Cuidado médico y de enfermería para los síntomas físicos de mi enfermedad.
- Apoyo espiritual y emocional/ consejería para mí y la(s) persona(s) cuidándome.
- Un programa coordinado de cuidado proveído en mi propio hogar. Visitas regulares intermitentes por cualquier o todos en el personal del hospicio: médico, enfermera, trabajador social, asistente de salud domiciliario, guía espiritual / consejero y personal voluntario. La frecuencia y longitud de las visitas domiciliarias y servicios serán determinadas por el personal del hospicio.
- El suministro de farmacéuticos, provisiones, equipo y transportación de acuerdo a las pautas sobre necesidad y de reembolso.
- Solo las drogas recetadas que son primariamente para el alivio del dolor y el control de síntomas están cubiertas por el programa.
- La admisión a la unidad de pacientes internos del hospicio 1) con un corto plazo de cuidado agudo por el médico/el control de síntomas por enfermería, y 2) el desahogo de la persona cuidándome (hasta 5 días).

Estoy consciente que al elegir el cuidado del hospicio yo renuncio a ciertos beneficios de Medicare/ Medicaid:

- Cuidado del hospicio proveído por otro programa de hospicio (otros que no han sido aprobados por el Hospicio de Nueva York/Hospice of New York).
- Cualquier servicio de Medicare/Medicaid que están relacionados al tratamiento de la condición por la cual yo estoy eligiendo el cuidado del hospicio o que son equivalentes al cuidado del hospicio, con la excepción de los servicios prestados por mi médico de cabecera. Todos los médicos consultores deben ser aprobados por el hospicio.

Yo entiendo que puedo revocar mi beneficio de cuidado por el hospicio en cualquier tiempo y que mis beneficios con Medicare/Medicaid se reanudarán. Yo podría también, después de la revocación, elegir los beneficios del hospicio otra vez si yo continuo con los criterios requeridos para la admisión.

Por la presente yo consiento en la divulgación de información acerca de mi condición médica y cuidado a los médicos, consultores y/o otras agencias a las cuales yo podría ser referido, y a agencias de revisión con sus organismos de acreditación a nivel federal, estatal o local. En el evento de una emergencia como incendio, huracán, tormenta de nieve severa u otro desastre natural, yo doy mi consentimiento para la divulgación de información acerca de mi condición médica y cuidado de enfermería a cualquier agencia del gobierno, agencia proveedora suplementaria, servicio voluntario comunitario u otros proveedores de servicios excepto donde de otra manera es prohibido por la ley.

Por la presente yo asigno a Hospice of New York el dinero suficiente para los servicios del hospicio y/o los beneficios para los cuales yo podría ser autorizado por el gobierno, compañías de seguro, fondos de sindicato de asistencia social, u otros grupos que son responsables financieramente de pagar por los costos del cuidado, tratamiento o suministros que fueron prestados o suministrados a mí o que fueron suministrados o prestados a este paciente para quien yo he personalmente garantizado el pago a Hospice of New York por el cuidado del hospicio.

Estoy consciente que ninguna cuenta de copagos de Medicare/Medicaid será extendida a mí por Hospice of New York.

Los servicios del hospicio han sido explicados a mí. Yo he recibido y entiendo lo siguiente:

■ MANUAL PARA LA ADMISIÓN DEL HOSPICIO DE NUEVA YORK

- Información Para el Paciente y la Familia
- Directivas Anticipadas
- Procedimientos para Proteger Su Privacidad
- El Cuidado y Seguridad del Paciente
- Información Sobre la Propiedad y Afiliación del Hospicio de Nueva York

Yo tengo las siguientes directivas anticipadas:

- TESTAMENTO DE VIDA
- PODER PARA LA ATENCIÓN MÉDICA
- ORDENES DE NO RESUCITAR (DNR)

Por este medio, designo _____, MD DO NP como mi médico de cabecera. NPI#: _____

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Representante Legal

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Representante Legal

Nombre del Testigo

Si el paciente no puede firmar, explique la razón

Fecha de vigencia si es diferente que la fecha firmada