



6345 Balboa Blvd., Suite 315
Encino, CA 91316
Teléfono 24 horas: 818.774.3040 • Fax: 818.774.3089
www.skirballhospice.org

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO, AUTORIZACIÓN DE PAGO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO: Solicito la admisión en Skirball Hospice y elijo recibir servicios de cuidados de hospicio. Autorizo y doy mi consentimiento a todos los exámenes y tratamientos prescritos por mi médico (o el médico del hospicio) proporcionados por los médicos de Skirball Hospice, enfermeras profesionales, enfermeras licenciadas, trabajadores sociales, consejeros espirituales, ayudantes de hospicio, voluntarios, dietistas registrados y terapeutas físicos, ocupacionales y del habla.

Al hacerlo, entiendo y acepto lo siguiente:

Entiendo que el programa de hospicio es paliativo, no curativo en sus objetivos y técnicas; que el programa enfatiza el alivio de los síntomas físicos, incluyendo el dolor; y que el equipo del hospicio identifica e intenta satisfacer las necesidades emocionales y espirituales del paciente y su familia, relacionadas con la enfermedad terminal y las condiciones relacionadas por las que el paciente está siendo admitido.

Atención rutinaria en el hogar: Entiendo que los servicios de hospicio se prestan principalmente en el hogar (que puede incluir un hogar de ancianos o un centro de vida asistida) proporcionados por un equipo de profesionales, personal y voluntarios de hospicio. Estos servicios están disponibles tanto de forma programada como según sea necesario. Entiendo que estos servicios pueden incluir, como se establece en el plan de cuidados de hospicio: atención de enfermería, atención médica, trabajo social, asesoramiento espiritual, nutricional y de duelo, auxiliares de cuidados de hospicio, suministros médicos, fisioterapia, terapia ocupacional y del lenguaje y medicamentos recetados para aliviar el dolor o las molestias.

Cuidados generales para pacientes internos y de relevo: Entiendo que los cuidados generales y los cuidados de relevo para pacientes hospitalizados se proporcionan en un entorno de hospitalización cuando el equipo interdisciplinario del hospicio lo considera necesario. Entiendo que los cuidados de hospicio para pacientes hospitalizados están diseñados para estancias de corta duración con el objetivo de controlar el dolor y los síntomas agudos, que no pueden proporcionarse en otro entorno con el objetivo de volver a casa. Entiendo que los cuidados de relevo para pacientes hospitalizados están diseñados para proporcionar breves períodos de relevo para la familia o el cuidador principal mientras el paciente recibe cuidados de hospicio en un entorno de hospitalización.

Atención de crisis (cuidados continuos de hospicio): Entiendo que la atención de crisis, es decir, las visitas prolongadas (un mínimo de 8 horas de cuidados en un período de 24 horas), pueden proporcionarse en el hogar o la comunidad del paciente cuando el equipo interdisciplinario del hospicio lo considere necesario. Esta atención extendida está diseñada para períodos de corta duración para manejar los síntomas médicos agudos o una crisis familiar con el objetivo de estabilizar la condición del paciente o la situación familiar y luego volver a la atención domiciliar de rutina.

CUIDADORES: Entiendo que Skirball Hospice no proporciona cuidadores las 24 horas del día. Entiendo que soy responsable de que un cuidador me proporcione cuidados en mi lugar de residencia a mi propio costo. Si un miembro de la familia u otra persona no puede proporcionar dicha

atención, puedo optar por contratar a un cuidador en mi residencia o trasladarme a un centro para recibir dicha atención. El cuidador también puede participar en las decisiones sobre la atención proporcionada. El equipo interdisciplinario del hospicio complementa, y no sustituye, los cuidados proporcionados por la familia o el cuidador designado.

PLAN DE ATENCIÓN: Se me anima a participar en el desarrollo y la aplicación del plan interdisciplinario de atención del hospicio.

MEDICAMENTOS: Entiendo que el farmacéutico que surte mis recetas puede seleccionar el producto farmacéutico en el formulario del hospicio que es generalmente equivalente a la marca prescrita por mi médico. Entiendo que si mi médico cree que la forma genérica no sería efectiva, se proporcionará el medicamento de marca. Entiendo que si elijo otro proveedor, medicamentos, equipo y suministros no proporcionados por el hospicio a través de sus proveedores o autorizados por el hospicio, soy financieramente responsable de esos cargos.

FISIOTERAPIA: Reconozco que he recibido una copia del formulario NTC 12-01 de la Junta de Fisioterapia de California.

CONSENTIMIENTO PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS: Autorizo a Skirball Hospice a fotografiar al paciente y los documentos y a utilizar dichas fotografías para la documentación médica y los fines del seguro. Este consentimiento está sujeto a la cancelación por notificación escrita del abajo firmante, excepto en la medida en que ya se haya tomado una acción.

REVOCACIÓN: Entiendo que puedo revocar el beneficio de hospicio en cualquier momento firmando una declaración a tal efecto, especificando la fecha en que la revocación será efectiva y presentando la declaración a Skirball Hospice antes de esa fecha. Esta revocación constituye una renuncia al derecho a los cuidados de hospicio durante el resto de mi período de elección actual.

TRASLADO: Entiendo que una vez en cada período de elección puedo elegir recibir servicios a través de un programa de hospicio que no sea Skirball Hospice. Dicho cambio no se considerará una revocación de los servicios de hospicio. Se considerará un traslado.

RECERTIFICACIÓN: Entiendo que, bajo los beneficios de hospicio de Medicare, tengo derecho a recibir cuidados de hospicio, que consisten en dos períodos de 90 días y períodos posteriores de 60 días de duración ilimitada. Al final de cada período de beneficios, el equipo interdisciplinario del hospicio evalúa el estado del paciente para su recertificación y para la continuación de los cuidados de hospicio. Acepto las condiciones de Skirball Hospice tal como se me han descrito, entendiéndolo que puedo elegir no permanecer en el programa de hospicio y que el hospicio puede darme de baja del programa si los cuidados de hospicio ya no son médicamente apropiados. Sin embargo, entiendo que si mi condición médica cambia, puedo solicitar mi readmisión en una fecha posterior.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Entiendo que Skirball Hospice asume la responsabilidad financiera de los medicamentos, el equipo médico duradero y los suministros médicos relacionados con la enfermedad terminal, aprobados por el hospicio y proporcionados por un proveedor aprobado por el hospicio. Entiendo que soy responsable del costo de la atención de mi enfermedad terminal si busco atención más allá de lo que el grupo interdisciplinario del hospicio considera médicamente necesario y que está documentado en mi plan de atención.

ACUERDO DE PAGO: Si soy beneficiario de Medicare o Medi-Cal, entiendo que cuando elijo el beneficio de hospicio, renuncio a la cobertura general de Medicare relacionada con mi diagnóstico de hospicio y acepto los cuidados de hospicio para mi diagnóstico de hospicio.

Entiendo que mientras esta elección esté en vigor, mi compañía de seguros realizará los pagos por la atención relacionada con este diagnóstico. Los servicios relacionados con el diagnóstico de hospicio proporcionados por hospitales, agencias de salud en el hogar, hogares de ancianos y cualquier otra compañía o agencia no serán

reembolsados por mi compañía de seguros a menos que sean específicamente ordenados y autorizados por Skirball Hospice.

Entiendo que los servicios no relacionados con este diagnóstico seguirán siendo cubiertos por mi compañía de seguros junto con los beneficios del hospicio. Entiendo que las cantidades de pago/seguro/deducible para los artículos no relacionados con mi enfermedad terminal seguirán siendo mi responsabilidad.

AUTORIZACIÓN DE PAGO

Yo, por la presente autorizo a Medicare Medi-Cal Otro: _____ pagar directamente a Skirball Hospice _____ cualquier prestación del seguro o del gobierno a la que pueda tener derecho según los términos de mi cobertura de seguro con la compañía de seguros mencionada anteriormente, sin que dicha cantidad supere la cobertura de los servicios proporcionados. Estoy de acuerdo en pagar la cantidad no cubierta por el seguro (esto podría incluir deducibles, copagos, porcentajes del plan, ejemplo 80/20). Si cancelo mi seguro y/o me inscribo en un seguro diferente, notificaré a Skirball Hospice. Si mi seguro es cancelado o terminado y no notifico a Skirball Hospice, seré responsable por los cargos incurridos después de esa fecha.

Nombre del asegurado	Nombre del suscriptor	Número de seguro social
----------------------	-----------------------	-------------------------

DIRECTIVAS AVANZADAS

He sido informado verbalmente y por escrito de mis derechos en relación con las directivas avanzadas, incluyendo:

- Tengo derecho a formular un documento de directivas avanzadas.
- No estoy obligado a tener directivas avanzadas para recibir tratamiento médico por parte de cualquier proveedor de atención médica.
- Los términos de cualquier instrucción anticipada que haya ejecutado y revelado a Skirball Hospice se seguirán en la medida en que lo permita la ley.

- El paciente no tiene un documento de directivas avanzadas
- El paciente tiene directivas avanzadas: Nombre del agente: _____
 - Poder notarial para atención médica Dirección del agente: _____
 - Testamento en vida _____

POLST (ÓRDENES MÉDICAS DE TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO DE LA VIDA)

- El paciente tiene POLST
 - Marque si el POLST se ha completado con la elección del hospicio.

DIVULGACIÓN DE REGISTROS DE PACIENTES

Entiendo que Skirball Hospice puede necesitar obtener registros médicos e información relacionada de hospitales, hogares de ancianos, médicos, farmacias, agencias de salud en el hogar, compañías de seguros, planes de prestaciones de atención médica u otros con el fin de asegurar la continuidad de la atención y el reembolso adecuado de los servicios. Autorizo a las personas y entidades mencionadas a entregar a Skirball Hospice y a sus representantes los registros médicos y la información relacionada necesaria para la prestación de los cuidados de hospicio. También autorizo a Skirball Hospice y a sus representantes a

