

## Ejemplo modelo de la Declaración de elección de hospicio

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 estos servicios de \_\_\_\_\_ (nombre del centro de cuidados paliativos) a partir de \_\_\_\_\_ (fecha de inicio de los cuidados).

**(Nota: La fecha de inicio del cuidado de hospicio, también conocida como fecha de entrada en vigor de la elección, puede ser el primer día del cuidado hospicio o una fecha posterior, pero no puede ser anterior a la fecha de la declaración de elección. No se puede designar una fecha de entrada en vigor que sea retroactiva).**

### Derecho a elegir al 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 los cuidados paliativos según 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 confort 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 la Declaración de elección de hospicio

### Derecho a solicitar el "Aviso al Paciente de Artículos, Servicios, y Medicamentos de Hospicio no Cubiertos"

- Como beneficiario de Medicare que opta por recibir cuidados paliativos, usted tiene derecho a solicitar en cualquier momento, por escrito, el anexo "**Aviso al paciente sobre los artículos, servicios y medicamentos no cubiertos por los cuidados paliativo**" que indica las afecciones, artículos, servicios y medicamentos que, según la determinación del centro de cuidados paliativos, no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, y que no serán cubiertos por dicho centro.
- Si solicita este formulario dentro de los 5 primeros días de la fecha de inicio de la elección, el centro de hospicio debe proveer el anexo por escrito dentro de los 5 días siguientes a la fecha de solicitud. Si solicita este formulario durante el transcurso del cuidado de hospicio (es decir, después de los primeros 5 días de la fecha de inicio de la elección de hospicio), el centro de hospicio debe proveer este anexo por escrito en un plazo de 3 días a partir de la fecha de solicitud.

### 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 (BFCC-QIO) para solicitar Defensa inmediata si está en desacuerdo con cualquiera de las determinaciones del centro de cuidados paliativos. La BFCC-QIO que presta servicios en su zona es:

**Nombre de la BFCC-QIO:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono o sitio web de la BFCC-QIO:** \_\_\_\_\_

**Firma del beneficiario:** \_\_\_\_\_

**Firma del representante del beneficiario (si el beneficiario no puede firmar):** \_\_\_\_\_

**Fecha de la firma:** \_\_\_\_\_