

Elección de Beneficios de Hospicio (English Translation of Election of Hospice Benefit)

Nombre: _____ Historial Médico # _____

Ingreso inicial

Cambio en el método de pago

Yo he decidido recibir atención a través de Suncoast Hospice y entiendo que las metas del programa son paliativas (orientadas al alivio) y no curativas. Yo entiendo, doy mi consentimiento y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Me han explicado el costo aproximado y los métodos de pago a través de mis beneficios.
- El paciente, la familia, el médico tratante y el equipo interdisciplinario de Suncoast Hospice diseñan un plan individualizado para la atención del paciente y de la familia, y determina los niveles de cuidado apropiados. Colaboraré con Suncoast Hospice y con mi médico tratante para hacer todos los arreglos necesarios para el cuidado relacionado con la condición por la cual Suncoast Hospice me está atendiendo o para hacer los arreglos que se consideren necesarios en cuanto al plan de atención relacionado con mi diagnóstico.
- Me hago responsable por el costo de los servicios de atención si yo escojo atención fuera de lo que Suncoast Hospice considere médicamente necesario y que no sea parte de mi plan de atención.
- Autorizo a proveedores y terceros que hagan pagos y reembolsos a Suncoast Hospice por los servicios prestados.
- Autorizo la divulgación de la información e historial médico entre Suncoast Hospice y otros proveedores médicos, tanto como sea requerido para la continuidad de mi atención médica o por motivos de pagos, y tanto como sea permitido por ley.

ELECCION DE HOSPICE MEDICARE O HOSPICE MEDICAID:

Elijo que el beneficio de hospicio de Medicare/Medicaid sea proveído por Suncoast Hospice, y entiendo y doy mi consentimiento en lo siguiente:

- Por el tiempo durante el cual Hospicio sea mi elección, renuncio a todos mis derechos de que Medicare o Medicaid pague: (i) por atención de Hospicio dada por otro proveedor que no sea Suncoast Hospice a menos que dicha atención sea parte de un arreglo hecho por Suncoast Hospice; y (ii) cualquier servicio de Medicare o Medicaid que esté relacionado con el tratamiento de mi enfermedad terminal por la cual Hospicio fue seleccionado, o por una condición relacionada, excepto por servicios proveídos por Suncoast Hospice o por mi médico tratante si éste no es un empleado de Suncoast Hospice o no recibe compensación de parte de Suncoast Hospice por ninguno de estos servicios.
- Entiendo que puedo cancelar la elección de este Hospicio por escrito y cancelar el beneficio de Hospicio en cualquier momento y restaurar inmediatamente los beneficios de Medicare o Medicaid tradicional. En cualquier momento yo puedo elegir los servicios de Hospicio nuevamente. El cuidado de otras enfermedades diferentes al diagnóstico primario por el cual este hospicio me está dando tratamiento podrán ser cobradas de manera tradicional a través de Medicare o Medicaid.

COBERTURA A TRAVES DE SEGURO:

Elijo cobertura a través de seguro médico para el cuidado de hospicio que será proveído por Suncoast Hospice, y comprendo y doy mi consentimiento de que soy responsable por todos los deducibles, co-pagos y por el costo de cualquier servicio que no esté cubierto por mi compañía de seguro.

FALTA DE SEGURO:

FALTA DE SEGURO/ PROGRAMA DE APOYO PARA CUIDADO SUNCOAST:

Entiendo que cualquier costo por servicio será basado en la capacidad de pago del paciente. Si las circunstancias económicas cambian o si alguna factura se convierte en una dificultad, estoy de acuerdo con comunicarme con el Trabajador Social o a cualquier empleado de Suncoast Hospice.

El que firma a continuación certifica que las declaraciones precedentes han sido revisadas y comprendidas. El firmante comprende que el paciente tiene el derecho a escoger su doctor de cabecera y el/ella ha escogido a:

Nombre del doctor de cabecera (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente: _____ Fecha de elección: _____

Razón por la cual el paciente no tiene la capacidad de firmar: (en letra de imprenta): _____

Certifico que soy el representante legal autorizado del paciente: HCS HC Proxy POA DPOA Guardián

Representante autorizado del paciente (nombre en letra imprenta): _____ Relación: _____

Firma del representante legal autorizado del paciente: _____

Nombre del representante de Suncoast Hospice (nombre en letra imprenta): _____

Firma del representante de Suncoast Hospice: _____ Fecha: _____

Elección de Beneficios de Hospicio (English Translation of Election of Hospice Benefit)

Name _____ MR# _____

New Admission

Change in Payment Source

I choose to receive care from Suncoast Hospice and understand the program is palliative (comfort-oriented), not curative, in its goals. I acknowledge, consent and agree to the following:

- The approximate cost and methods of payment through my payer have been explained to me.
- The patient, family, attending physician and Suncoast Hospice interdisciplinary team together tailor an individual plan of care for the patient/family and determine the appropriate levels of care. I will work with Suncoast Hospice and my attending physician to make all necessary arrangements for care connected to the condition for which Suncoast Hospice is treating me. Suncoast Hospice will provide or arrange for care related to my diagnosis within the plan of care, as deemed reasonable and necessary.
- I am responsible for the cost of care for services if I choose to seek medical care beyond what Suncoast Hospice has deemed medically necessary and is not part of my hospice plan of care.
- I authorize payment of benefits from any third party vendor to be made directly to Suncoast Hospice for the services rendered.
- I authorize the release of medical records/information to and from other healthcare providers as required for continuity of care and payment as permitted by law.

ELECTION OF HOSPICE MEDICARE or HOSPICE MEDICAID:

I elect the Medicare/Medicaid Hospice benefit to be provided by Suncoast Hospice, and I acknowledge, consent and agree to the following:

- For the duration of my election to receive Hospice care, I waive all rights to Medicare or Medicaid payments: (i) for Hospice care provided by a Hospice other than Suncoast Hospice unless such care is provided under an arrangement made by Suncoast Hospice; and (ii) any Medicare or Medicaid services that are related to the treatment of my terminal condition for which Hospice was elected or a related condition except for services provided by Suncoast Hospice or my attending physician if my attending physician is not an employee of Suncoast Hospice or does not receive compensation from Suncoast Hospice for such services.
- I understand that I may revoke this Hospice election in writing and withdraw from the Hospice program at any time and have traditional Medicare or Medicaid benefits fully restored immediately. I may choose to elect Hospice services again at any time. Care for all illnesses other than the primary diagnosis for which Hospice is treating me can be billed to Medicare or Medicaid in the traditional manner.

INSURANCE COVERAGE:

I elect insurance coverage for hospice care to be provided by Suncoast Hospice, and I acknowledge, consent and agree that I understand that I am responsible for all deductibles, co-pays and any cost of services not covered by my insurance carrier.

SELF PAY:

SELF PAY SUNCOAST SUPPORTIVE CARE:

I understand that any fee for services will be based on the patient's ability to pay. If the patient's financial circumstances change or if any bill becomes a hardship to the patient, I agree to notify the team Social Worker or other hospice team member.

The undersigned certifies that the foregoing statements have been reviewed and understood, English and Spanish translation provided. The undersigned understands the patient has the right to choose their own attending physician and has made the choice of:

Name of attending physician (print name) _____