

Convenio detallado para atención en Suncoast Hospice

Nombre: _____ Historial Médico _____

CONVENIO DETALLADO Y ACUERDO PARA LO SIGUIENTE:

- Solicito ser ingresado a Suncoast Hospice.
- Tengo una enfermedad mortal y entiendo que el enfoque del programa es el alivio y no la cura.
- Un representante me ha explicado los diferentes tipos de cuidado y los servicios que Suncoast Hospice podría proveer durante el transcurso de mi enfermedad.
- Reconozco que me han dado la oportunidad de hacer preguntas.
- Doy mi consentimiento a tratamientos que se lleven a cabo como parte del plan de atención, y yo, junto a mi familia, el Médico tratante y el equipo interdisciplinario de Suncoast Hospice diseñaremos un plan individualizado para mi atención.
- Solicitaré a mis amistades cercanas y familiares que respeten mi elección de Suncoast Hospice y que cumplan con su deber como proveedores primarios.

RELACION ENTRE SUNCOAST HOSPICE Y PACIENTE/FAMILIA:

- Suncoast Hospice promueve el alivio y la dignidad de los pacientes y busca satisfacer las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales del paciente y su familia a través de un enfoque interdisciplinario y en equipo.
- El cuidado al paciente es proveído por profesionales y voluntarios, disponibles a las necesidades del paciente y la familia, basado en un horario de 24 horas al día, siete días a la semana.
- El Suncoast Hospice no va a reemplazar a la familia en el cuidado del paciente.
- El director médico de Suncoast Hospice no reemplazará al médico tratante, pero dará consulta y control de síntomas como un miembro del equipo interdisciplinario.
- Se agregarán notas al historial médico de Suncoast Hospice, incluyendo notas con información médica, de enfermería, psicológica, espiritual y personal, que estén relacionadas con el plan de atención.

RECONOCIMIENTO DE RECIBO Y EXPLICACION DE LO SIGUIENTE:

- Notificación de prácticas confidenciales.
- Declaración de Ley de Directiva Avanzada.
- Derechos y Responsabilidades del Paciente y la Familia.
- Resumen de los Servicios y Cuidados que se proveen.

La información anteriormente explicada se encuentra en “Guía para el paciente y la familia” y en EmpathHealth.org

AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MÉDICA:

- Autorizo a Suncoast Hospice para divulgar información médica, incluyendo resultados de cualquier examen de VIH o diagnósticos relacionados, a mi compañía de seguro médico, o a cualquier autoridad u organización, privada o gubernamental, mientras el propósito sea para el reembolso o pago de la atención y servicios proveídos, licenciatura, control de calidad, acreditación, incluyendo pero sin limitación a la Administración de Seguro Social, el intermediario y Medicare. Autorizo la divulgación de información médica e historial hacia y desde otros proveedores médicos, incluyendo hospitales y médicos tanto como sea requerido para la continuidad de mi atención o por motivos de pagos, y tanto como sea permitido por ley. Esto incluye, pero no se limita a fechas, historial de la enfermedad o diagnóstico e información terapéutica.
- Autorizo la divulgación pertinente a tratamiento siquiátrico y psicológico, abuso de alcohol y otras sustancias, diagnósticos, exámenes y tratamientos de SIDA, ARC o VIH, siempre y cuando sea necesario para los motivos expresados anteriormente.

Firma del Paciente _____ Fecha de la Autorización: _____

No fue posible obtener la firma del paciente, para la autorización verbal fue dada: por el paciente por el representante autorizado por el paciente.

El paciente no pudo firmar por lo siguiente: (letra 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) _____

Convenio detallado para atención en Suncoast Hospice

Firma del Representante de Suncoast Hospice _____ Fecha _____

English Translation of Informed Consent for Suncoast Hospice Care

Name _____ MR# _____

INFORMED CONSENT AND AGREEMENT TO THE FOLLOWING:

- I request admission to Suncoast Hospice.
- I have a life threatening illness and understand the focus of the program is comfort rather than cure.
- A representative has explained the type of care and services that Suncoast Hospice may provide during the course of my illness.
- I understand and was given the opportunity to ask questions.
- I consent to care and treatment that may be performed as part of my care plan and that I along with my family, attending physician, and Suncoast Hospice interdisciplinary team will develop my plan of care.
- I will ask family members or significant others to respect the choice of Suncoast Hospice and to fulfill the role of primary caregiver.

RELATIONSHIP BETWEEN SUNCOAST HOSPICE AND PATIENT/FAMILY:

- Suncoast Hospice promotes the comfort and dignity of patients and addresses the physical, emotional, social and spiritual needs of the patient and family through an interdisciplinary team approach.
- Patient care is provided by professionals and volunteers both on a scheduled basis and as needed 24 hours a day, seven days a week.
- The Suncoast Hospice team does not take the place of the family in caring for the patient.
- Suncoast Hospice Medical Director does not take the place of the attending physician but will provide consultation in symptom control as a member of the interdisciplinary team.
- Notations will be made on Suncoast Hospice medical records including care plans concerning the medical, nursing, psychosocial, spiritual and personal information.

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT AND/OR UNDERSTANDING OF THE FOLLOWING:

- Notice of Privacy Practice:
- Statement of Advance Directive Law:
- Patient and Family Rights and Responsibilities:
- Scope of Care and Services provided:
The above information can be found in the "Patient and family Guide" and at EmpathHealth.org

AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION:

- I authorize Suncoast Hospice to release medical information, including the results of any HIV tests or related diagnosis to my Insurance company or any authority or organization, private or governmental, whose purpose is for reimbursement or payment of the care and services provided, licensure, quality review or accreditation, including but not limited to the Social Security Administration, the intermediary and Medicare. I authorize the release of medical records/information to/from other healthcare providers, including hospitals and physicians necessary for continuity of care and as permitted by law. This includes no limitations on dates, history of illness or diagnostic and therapeutic information.
- I authorize the release of information pertaining to psychiatric and/or psychological care; alcohol and/or substance abuse, AIDS, ARC or HIV diagnoses, testing and/or treatment when needed for purposes noted in the above.