

AVISO DE TRASLADO Y DADA DE ALTA DE UN HOGAR DE ANCIANOS



Consulte la sección 400.0255 de los Estatutos de la Florida. Este formulario se requiere para los traslados o dadas de alta iniciados por el hogar de ancianos, y no por el residente o el médico o el tutor o representante legal del residente.

Información sobre el Residente

Nombre: _____

No. de Id. de Medicaid (si corresponde): _____

Representante del Residente (si corresponde)

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fecha en que se dio el Aviso: _____

Fecha de Vigencia: _____

La fecha de vigencia debe ser por lo menos 30 días después de la fecha del aviso, a menos que aplique una excepción. El residente puede elegir mudarse más temprano de la fecha de vigencia.

Motivo de la dada de alta o el traslado:

- Su factura por los servicios en esta instalación no se han pagado luego del aviso de pago razonable y apropiado.
- Está instalación va a ser cerrada.

Los siguientes motivos requieren que este formulario sea firmado por un médico o que se adjunte una orden por escrito de dada de alta o traslado del médico. El médico que firma puede ser el médico de cabecera o que atiende al residente, el director médico de la instalación, o una enfermera o el asistente del médico como persona designada por el médico:

- Sus necesidades no pueden satisfacerse en esta instalación.
- Su salud ha mejorado lo suficiente de modo que ya no necesita los servicios provistos en esta instalación.
- La salud de otras personas en esta instalación está en riesgo.
- La seguridad de otras personas en esta instalación está en riesgo.

Breve explicación para apoyar esta acción (adjunte documentación adicional, de ser necesario):

Información sobre el Hogar de Ancianos

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Persona de contacto de la instalación: _____

Teléfono de la persona de contacto: _____

Lugar al cual se traslada o se da de alta el residente (requerido):

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

