

CONSENTIMIENTO PARA LA SUSPENSIÓN VOLUNTARIA DE SERVICIOS AUTORIZADOS EN EL PROGRAMA DE CUIDADO ADMINISTRADO DE MEDICAID A NIVEL ESTATAL DEL MEDICAID DE FLORIDA

Nombre del afiliado

Número de identificación de Medicaid del afiliado

Fecha de nacimiento del afiliado

Padre/madre/tutor legal

Dirección del afiliado

Entiendo que los siguientes servicios han sido prescritos por el médico mío o de mi hijo (**encerrar uno en un círculo**) y autorizados por _____ del ___ / ___ / ____ al ___ / ___ / ____.
(Plan de salud de Medicaid de Florida) (Fecha) (Fecha)

Servicios autorizados:

Entiendo que no tengo que aceptar todos los servicios que yo/mi hijo (**encerrar uno en un círculo**) estoy/está autorizado a recibir, y es mi elección rechazar algunos/todos (**encerrar uno en un círculo**) de estos servicios para las fechas y horas autorizadas actualmente.

Elijo no tener los siguientes servicios para mí/mi hijo (**encerrar uno en un círculo**) para las siguientes fechas y horas autorizadas.

Servicios rechazados:

Entiendo que yo/mi hijo (**encerrar uno en un círculo**) quedo/queda autorizado para recibir el total de servicios enumerados anteriormente para las fechas y horas autorizadas actualmente. Es mi decisión rechazar estos servicios solo por estas fechas y horas enumeradas arriba. Entiendo que esta opción no será considerada como un cambio en la necesidad de estos servicios cuando sea el momento de renovar los servicios para futuras fechas. También entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y que yo/mi hijo (**encerrar uno en un círculo**) podrá/recibir la totalidad de los servicios autorizados durante el resto de las fechas autorizadas actualmente.

Firma del afiliado* o padre/madre/tutor legal

Fecha

Nombre en letra de molde del afiliado o padre/madre/tutor legal

Firma del representante del plan de salud de Medicaid de Florida

Fecha

Nombre en letra de molde del representante del plan de salud de Medicaid de Florida

CONSENTIMIENTO PARA LA SUSPENSIÓN VOLUNTARIA DE SERVICIOS AUTORIZADOS EN EL PROGRAMA DE CUIDADO ADMINISTRADO DE MEDICAID A NIVEL ESTATAL DEL MEDICAID DE FLORIDA

Instrucciones

1. Información del afiliado

Este formulario es para uso solo cuando un afiliado recibe servicios y el afiliado (o padre/madre o tutor legal) elige recibir menos servicios que los autorizados para el afiliado por el plan de salud de Medicaid. Este consentimiento garantiza que la suspensión voluntaria no será considerada en la aprobación de futuras necesidades de servicio.

Llene los espacios en blanco con el nombre del afiliado, dirección, fecha de nacimiento, número de identificación de Medicaid y padre/madre o tutor legal si corresponde. Excepto las firmas, escriba en letra de molde toda la información anotada en el formulario. Los coordinadores del cuidado del plan de salud pueden completar el formulario para el afiliado excepto las firmas del afiliado/padre/madre/tutor legal.

2. Servicios autorizados

Agregue las fechas y horas, si corresponde, para los servicios autorizados actualmente. Por ejemplo:

- Entiendo que los siguientes servicios han sido prescritos por el médico **mío** o de mi hijo (**encerrar uno en un círculo**) y autorizados por (Nombre del plan de salud) del 05/02/2017 al 06/01/2017

En la casilla titulada "Servicios Autorizados", enumere los servicios autorizados por el plan de salud del afiliado. Por ejemplo:

- Servicios de enfermería privada, ocho horas al día, siete días a la semana.

3. Servicios rechazados

En la casilla titulada "Servicios rechazados", se enumeran los servicios autorizados que están siendo rechazados. Los servicios pueden ser rechazados parcial o totalmente. Proporcionar cualquier información necesaria para asegurar que los deseos del afiliado/padre/madre/tutor legal sean respetados. Por ejemplo:

- Servicios de enfermería privada cada día los sábados y domingos durante cuatro horas de 8:00 am a 12:00 pm.
- Servicios de enfermería privada del 05/17/2017 al 05/25/2017.

El afiliado/padre/madre/tutor legal debe tener la oportunidad de revisar el formulario para asegurar que está correcto y se le permite revisar el formulario según sea apropiado.

4. Firmas y fechas

El coordinador del cuidado del plan de salud y el afiliado/padre/madre/tutor legal deben firmar y fechar el formulario de consentimiento. Si el consentimiento se da durante una reunión en persona, todas las firmas y fechas deben ser completadas en la reunión. Si el consentimiento no es en persona, el coordinador del cuidado del plan de salud puede firmar y fechar el consentimiento el día del consentimiento y el afiliado/padre/madre/tutor legal debe firmar y fechar el formulario de consentimiento en la siguiente visita domiciliaria.

5. Mantenimiento de expedientes

Envíe por correo una copia del formulario firmado y fechado al afiliado/padre/madre/tutor legal a la dirección proporcionada en el formulario.

El plan de salud debe mantener el formulario completado y firmado en el expediente del afiliado.