

Carolina Family Health Centers, Inc.

Carolina Family Dental Center • Freedom Hill Community Health Center • Harvest Family Health Center • Wilson Community Health Center

Consentimiento para manejo de cuidado

Al firmar este Acuerdo, usted da su consentimiento para que Carolina Family Health Centers, Inc. (CFHC, Inc.) le brinde servicios de manejo de cuidado (CM) como se describe más detalladamente a continuación. Los servicios de manejo de cuidado pueden incluir el manejo de cuidado crónico, manejo avanzado del cuidado primario y manejo de cuidado de transición.

Los servicios de CM están disponibles para usted porque ha sido diagnosticado con una o más afecciones crónicas que se espera que duren al menos doce (12) meses y que lo colocan en un riesgo significativo de un mayor deterioro.

Los servicios de CM incluyen acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a un proveedor de atención médica de CFHC, Inc. para abordar las necesidades de atención crónica aguda; evaluación sistemática de sus necesidades de atención médica; procesos para asegurar que reciba oportunamente los servicios de atención preventiva; revisiones y supervisión de medicamentos; un plan de atención que cubra sus problemas de salud; y la gestión de las transiciones de atención entre los proveedores de atención médica y los entornos. Su proveedor discutirá con usted los servicios específicos disponibles para usted y cómo acceder a esos servicios.

Obligaciones del proveedor

Al proporcionar servicios de CM, su proveedor médico debe:

- Explicarle a usted (y a su cuidador, si corresponde) y ofrecerle todos los Servicios de CM que sean aplicables a sus condiciones.
- Proporcionarle una copia escrita o electrónica de su plan de atención.
- Si revoca este Acuerdo, le proporcionaremos una confirmación por escrito de la revocación, indicando la fecha de vigencia de la revocación.

Reconocimiento y Autorización del Beneficiario

Al firmar este Acuerdo, usted acepta lo siguiente:

- Usted da su consentimiento para que su proveedor médico le brinde Servicios de CM.
- Usted reconoce que solo un profesional puede proporcionarle los Servicios de CM durante un mes calendario.
- Usted comprende que los costos compartidos se aplican a los Servicios de CM, por lo que es posible que se le facture una parte de los Servicios de CM aunque los Servicios de CCM no impliquen una reunión cara a cara con su proveedor médico. Es posible que sea elegible para tarifas reducidas según sus ingresos. Pídale a un miembro del personal una solicitud para postularse.

Derechos de los beneficiarios

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a los Servicios de CM:

1. Su proveedor médico le proporcionará una copia escrita o electrónica de su plan de atención al momento de la salida, resumen clínico. Las copias están disponibles en el portal del paciente.
1. Usted tiene derecho a detener los Servicios de CM en cualquier momento revocando este Acuerdo, con efecto a finales del mes en curso. Usted puede revocar este acuerdo llamando o enviando una carta a CFHC, Inc. Al recibir su revocación, su proveedor dejará de prestarle los servicios de CM.

Beneficiario

Firma

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha

Fecha de Nacimiento

MRN #

Representante y/o cuidador del beneficiario (Si corresponde)

Firma

Nombre (en letra de imprenta)

Fecha

☐ The patient provided verbal consent via phone on _____. Received by _____.

Date

Staff

March 2025

CLN-600.02 Care Management Services for Medicare Patients