

# **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. Esto también se conoce como gestión avanzada de atención primaria (APCM) bajo Medicare.

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**

**Representante y/o cuidador del beneficiario  
(Si corresponde)**

*Firma*

*Firma*

*Nombre del paciente (en letra de imprenta)*

*Nombre (en letra de imprenta)*

*Fecha*

*Fecha*

*Fecha de Nacimiento*

*MRN #*

The patient provided verbal consent via phone on \_\_\_\_\_ Received by \_\_\_\_\_  
*Date* *Staff*

January 2026

CLN-600.02 Care Management Services for Medicare Patients