

# Participación en servicios de salud en el hogar (exclusión/rechazo de servicios)

1

## Información del solicitante

Nombre del cliente

Fecha de nacimiento

ID de ProviderOne

Encargado calificado de salud en el hogar

Organización de coordinación de la atención

Organización de atención administrada (MCO) (si corresponde)

He elaborado un plan de acciones de salud (HAP)

**No** he elaborado un plan de acciones de salud (HAP)

- Me han explicado el programa de salud en el hogar y he decidido no participar.
- Entiendo que seguiré recibiendo mis otros servicios de Apple Health (Medicaid).
- Si quiero recibir servicios de salud el hogar en el futuro, puedo llamar a: 1-800-562-3022 (TRS: 711)

### Rechazo los servicios porque:

Mis beneficios y servicios funcionan para mí.

No necesito ayuda para satisfacer mis necesidades médicas y de salud.

No me siento cómodo usando este beneficio o programa.

Otro

Explique \_\_\_\_\_

2

## Protección de su información médica

Cuando usted opta por rechazar los servicios de salud en el hogar, es importante que comprenda lo siguiente:

- Los formularios de consentimiento para el intercambio de información de salud en el hogar que haya firmado antes ya no son válidos.
- Su información médica será conservada por los proveedores y socios que ya tienen dicha información. No tienen que devolvérsela ni eliminarla de sus registros.
- Su información médica personal seguirá siendo protegida por las leyes y reglamentos federales y del estado de Washington. Dichas leyes y reglamentos incluyen las reglas federales y del estado de Washington referentes a la confidencialidad, RCW 71.05.630, RCW 70.24.105, RCW 70.02, la Ley Uniforme de Información de Servicios de Salud, 42 CFR 2.31(a)(5), y también incluyen a 45 CFR Partes 160 y 164, que son las normas conocidas como "HIPAA", y a 42 CFR Parte 2. Nadie podrá obtener información médica nueva sobre usted. La información que ya se haya entregado a otras personas no se devolverá.
- Si usted cree que una persona usó su información sin que usted le diera permiso de usar su información, llame a su coordinador de atención o a la línea de servicio al cliente de Apple Health al teléfono 1-800-562-3022 (TRS: 711).

**3****Firma del cliente**

---

Firma del cliente o su representante autorizado (si corresponde)

---

Fecha de la firma

---

Nombre del representante autorizado en letra de molde (si corresponde)

**4****Coordinador de servicios de salud en el hogar**

Le expliqué el programa de salud en el hogar al cliente o a su representante autorizado. Se les explicaron los beneficios y decidieron no participar o cancelar en el programa de salud en el hogar, o cancelar su participación en el mismo.

---

Firma del coordinador de atención o personal aliado

---

Fecha de la firma

---

Nombre del coordinador o personal aliado

**5****Instrucciones para el coordinador de atención o personal aliado**

El coordinador de atención o personal aliado es responsable de:

- Documentar la solicitud del cliente de excluirse o rechazar los servicios, en este formulario y en el expediente del caso del cliente.
- Firmar en la línea *Firma del coordinador de atención o personal aliado* después de llenar el formulario. Si el cliente solicita excluirse o rechaza los servicios por teléfono, el cliente no tendrá que firmar este formulario y el coordinador de atención o personal aliado debe documentar la solicitud en su nombre.
- Entregar al cliente una copia del formulario, ya sea en persona o por correo.
- Asegurarse de que el encargado calificado de salud en el hogar o la MCO reciban una copia del formulario.

**6****Instrucciones para el encargado calificado de salud en el hogar o la MCO**

**El encargado calificado de salud en el hogar o la MCO deben conservar este formulario y documentarlo en el registro de formularios de exclusión de salud en el hogar, para entregar mensualmente a la Health Care Authority (Autoridad de Servicios de Salud).**