

**Participación en Atención Médica en el Hogar (Servicios de finalización y rechazo)**  
**Health Home Participation (Opt-Out/Decline Services)**

|                                     |  |   |  |
|-------------------------------------|--|---|--|
| Nombre del beneficiario de Medicaid |  | Fecha de nacimiento                                     | Número de ProviderOne del beneficiario |
| Health Home Principal Calificado    | Organización del Coordinador de Atención | Organización de Atención Administrada (MCO), si procede |  |

He completado el Plan de Acción Médica (HAP)     **No** he completado el Plan de Acción Médica (HAP)

- Hablé con un Coordinador de Atención quien me explicó el programa Atención Médica en el Hogar (Health Home) y los servicios de coordinación de atención que podría recibir. He decidido no participar.
- Comprendo que continuaré recibiendo mis otros servicios de atención médica de Medicaid.
- Si quiero recibir servicios de Atención Médica en el Hogar (Health Home) en el futuro, puedo llamar a: 1-800-562-3022 (TTY/TDD: 711 o 1-800-848-5429)

Rechazo los servicios porque:

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Estoy contento con mis proveedores o sistemas de atención médica actuales. | <input type="checkbox"/> No necesito ayuda con mis necesidades de atención médica o de salud. |
| <input type="checkbox"/> No me siento cómodo utilizando este nuevo programa o beneficio.            | <input type="checkbox"/> Otro – Explique  |

**Detalles sobre la protección de su información de salud**

Quando usted opta por rechazar los Servicios de Atención Médica en el Hogar (Health Home, HH), es importante que comprenda la siguiente información:

- Los Formularios de Consentimiento de Uso Compartido de información de Atención Médica en el Hogar (Health Home) firmados anteriormente ya no son válidos.
- Su información de salud será guardada por los proveedores/socios que ya tienen dicha información. No están obligados a devolvérselos ni quitar de sus registros.
- Su información de salud personal seguirá siendo protegida por las leyes y las normas estatales y federales de Washington. Estas leyes y reglamentos incluyen las normas federales y estatales de confidencialidad de Washington, RCW 71.05.630, RCW 70.24.105, RCW 70.02, la Ley Uniforme de Información de Atención Médica, 42 CFR 2.31(a)(5), y también 45 CFR Partes 160 y 164, que son las normas, conocidas como "HIPAA", y 42 CFR Parte 2. Ninguna persona puede obtener información médica nueva sobre usted. La información compartida con otras personas no se podrá revertir.
- Si usted cree que una persona usa su información y no está de acuerdo en dar a la persona su información, llame a su Coordinador de Atención o llame a la línea gratuita del Centro de Servicio al Cliente de Asistencia de Medicaid (MACSC, por sus siglas en inglés) al 1-800-562-3022 (TTY/TDD: 711 or 1-800-848-5429).

|   |                   |   |
|---|-------------------|---|
| Firma del beneficiario o tutor legal (si procede) | Fecha de la firma | Si es la firma del tutor legal, aclarar en nombre de imprenta |
|---|-------------------|---|

He hablado con el beneficiario sobre el programa de Atención Médica en el Hogar (Health Home). Ya se han explicado los beneficios; sin embargo, han decidido no participar o finalizar su participación en la Atención Médica en el Hogar.

|  |   |                   |
|--|---|-------------------|
| Firma del coordinador de atención de HH o personal de Allied | Nombre del coordinador de atención de HH o personal de Allied | Fecha de la firma |
|--|---|-------------------|

**Instrucciones del Coordinador de Atención**

El Coordinador de Atención o el personal de Allied es responsable de:

- Documentar en este formulario la solicitud del beneficiario de finalizar o rechazar los servicios.
- Firmar en la línea *Firma del coordinador de atención de HH o personal de Allied* después de que se completa el formulario. Si la solicitud del beneficiario de finalizar o rechazar los servicios se hizo por teléfono, el beneficiario no necesita firmar este formulario, pero el coordinador de atención debe documentar la solicitud en este formulario.
- Proporcionar al beneficiario una copia del formulario, ya sea en persona o por correo.
- Asegurarse de que el beneficiario, el Servicio de Atención Médica en el Hogar (Health Home) y/o la MCO Calificada reciban una copia del formulario.

**Instrucciones para el Servicio de Atención Médica en el Hogar (Health Home) y la MCO Calificadas**

**El Principal de Atención Médica en el Hogar (Health Home)/MCO Calificadas deben mantener y documentar el formulario en el Registro de Formularios de Rechazo de Atención Médica en el Hogar (Health Home), para su envío mensual a la HCA.**