



## Consentimiento del Paciente para el Manejo de Condiciones Crónicas

### Su proveedor le recomienda unirse a un programa de manejo de atención crónica.

Healthy Horizons Clinic se enorgullece en ofrecer un nuevo programa llamado Manejo de Condiciones Crónica (CCM) para brindar mejor apoyo a nuestros pacientes mayores y a aquellos inscritos en Medicare o planes Medicare Advantage. Este programa está diseñado para personas diagnosticadas con dos o más condiciones crónicas que se espera que duren al menos 12 meses y que ponen en riesgo su salud.

### Inscribirse puede ayudarle a controlar sus condiciones crónicas.

Reconocemos que puede ser difícil mantenerse al día con las citas, los medicamentos y la coordinación de la atención. También entendemos que a veces ha sido difícil comunicarse con nuestra clínica o recibir los medicamentos a tiempo. Con CCM, ofrecemos acceso mejorado y atención más personalizada.

- Acceso 24/7 a un miembro del equipo de atención
- Ayuda con citas de rutina y derivaciones
- Manejo de medicamentos y evaluaciones regulares de salud
- Schedule your routine appointments and manage other medical referrals
- Creación de un plan de atención personalizado basado en sus metas y necesidades
- Coordinación con otros proveedores de atención médica y servicios comunitarios

### ¡Comencemos a coordinar tu atención!

Al firmar este acuerdo, acepto lo siguiente:

- Consiento recibir servicios CCM del proveedor indicado a continuación y/o su equipo de atención.
- Solo un proveedor puede ofrecer servicios CCM por mes calendario.
- Puedo revocar este acuerdo en cualquier momento, con vigencia al final del mes calendario.
- Recibiré una copia escrita o electrónica de mi plan de atención.
- Mi información médica puede compartirse con otros proveedores de atención involucrados en mi cuidado.
- Autorizo a Healthy Horizons Clinic a brindar servicios CCM y coordinar mi atención
- Mi proveedor me ha explicado cualquier posible costo o copago (por ejemplo, 20% o \$9/mes) según mi seguro.

### Firma del Participante (o Representante Legal)

Marque Uno: ☐ Acepto ☐ Me Niego

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor: \_\_\_\_\_ Apellido del Proveedor: \_\_\_\_\_

Autoridad del Representante Legal: \_\_Yo Mismo \_\_ Poder Notarial \_\_ Padre Del Menor \_\_ Otro (especifique)

Nombre Del Representante Legal (si aplica): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

