

Enhanced Care Management - Member Consent Form

Acepto participar en el programa de Administración Mejorada de la Atención (ECM) y compartir datos con mi equipo de atención.

Yo entiendo:

- El propósito de ECM es ayudarme a controlar mejor mi salud.
- Mi participación en este programa me dará un equipo de atención para ayudarme a comprender y controlar mejor mi salud.
- La participación en ECM no afectará mis otros beneficios médicos.
- ECM no requiere que cambie de médico(s).
- Los servicios de ECM finalizan si ya no cumplo con los requisitos de elegibilidad de ECM, ya no recibo servicios de ECM o si el equipo de atención dice que ya no necesito los servicios de ECM.
- ECM es un programa voluntario, y puedo retirarme del programa en cualquier momento.

Fecha de suscripción del miembro

LQ Links Inc.
Proveedor de ECM

Imprimir el nombre del miembro

Miembro CIN #

Fecha de nacimiento del miembro
(MM/DD/AAAA)

Firma del miembro

☐ Nombre del padre o tutor legal
(si corresponde, marque la casilla de verificación)
☐ Padre ☐ Tutor Legal

Firma del padre o tutor legal
(si corresponde)
☐ Se obtuvo el consentimiento verbal

Relación de padre o tutor legal
(si corresponde)

Nombre del miembro del equipo de atención
de ECM

Firma del miembro del equipo de atención
de ECM