

**Nombre del paciente:**

**Agencia de cuidado de salud en el hogar:**

Número de identificación del paciente:

Dirección:

Número de teléfono:

### **Aviso de cambio de cuidado de salud en el hogar (HHCCN)**

#### **Su cuidado de salud en el hogar está cambiando**

A partir del \_\_\_\_\_, su agencia de cuidado de salud en el hogar cambiará los artículos/servicios que se enumeran a continuación.

<b>¿Qué artículos/servicios están cambiando?</b>	<b>Razón por el cambio</b>

#### **¿Por qué recibió este aviso?**

- ☐ **Su médico/proveedor cambió (o no renovó) la orden de su cuidado en el hogar.** La agencia de cuidado de salud en el hogar debe seguir las órdenes del médico/proveedor para brindarle atención. Si no está de acuerdo con este cambio, hable con su agencia de cuidado de salud en el hogar o con el médico/proveedor que solicita su cuidado.
- ☐ **Su agencia de cuidado de salud en el hogar decidió dejar de brindarle los artículos/servicios por los motivos mencionados anteriormente.** Si cree que aún necesita cuidado de salud en el hogar, puede buscar atención en otra agencia de cuidado si tiene una orden válida. Para obtener ayuda para encontrar una agencia de cuidado de salud en el hogar diferente, comuníquese con el médico/proveedor que ordenó su cuidado. Si recibe atención de otra agencia de cuidado de salud en el hogar, puede solicitarle que facture a Medicare.

#### **Obtenga ayuda o más información**

Si tiene preguntas sobre estos cambios, comuníquese con su agencia de cuidado de salud en el hogar y/o con el médico/proveedor que solicita su atención. No puede apelar a Medicare sobre el pago de los artículos/servicios enumerados anteriormente, a menos que obtenga los artículos/servicios y se presente un reclamo de Medicare.

#### **Detalles opcionales:**

**Firme a continuación para demostrar que entiende este aviso**

Devuelva este aviso firmado a su agencia de cuidado de salud en el hogar en persona o por correo a la dirección anterior.

- ☐ Marque aquí si está firmando como representante autorizado y asegúrese de que su nombre sea legible o imprima su nombre, si no es legible.

Firma del paciente o representante autorizado	Fecha
---	-------

Tiene derecho a obtener su información en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si cree que ha sido discriminado. Visite [es.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.