Demografía de Miembros AHS

Demografía de Miembros AHS Fecha _____

Nombre: _____ # Medicaid: _____

Fecha de Nacimiento: _____ H/M: _____ SSN: _____

Altura: _____ Peso: _____

Información de Asignación

Agencia: _____

Fecha: _____ Nivel de Cuidado: _____

DME anterior: _____

Compañía Aseguradora: _____

Especialista de Punto de Atención: _____

Información Familiar

Nombre(s): _____

Dirección principal: _____

_____

Idioma(s) hablado en casa: _____

Teléfono: Celular: _____ Casa: _____

Email: _____

Dirección de correos (si es diferente de la dirección física)

_____

_____

Acuerdo de Servicio

Nombre del Miembro: _____ # Medicaid: _____

Estándares y Expectativas de Servicio

sean enviados a nuestros especialistas de Punto de Atención al menos con 10 días de anticipación antes de su próximo despacho.
Arrow Health Solutions está comprometida con la salud y bienestar de todos los niños y sus familias que nos han escogido para su atención médica. Velamos por brindar todos los suministros médicos prescritos y equipos de forma oportuna y consistente y estrés innecesario para cada familia.

Para ayudarnos, solicitamos que cualquier prescripción/pedido de médico o especialista nuevo; solicitud de cambio en tamaño o producto; y solicitudes de cambios en fórmulas/nutrición **sean enviados a nuestros especialistas de Punto de Atención al menos con 10 días de anticipación antes de su próximo despacho.** En caso que la información sea recibida después de este tiempo, despacharemos el nuevo producto tan pronto la documentación, las autorizaciones y verificación de seguro hayan sido procesadas para el cambio de pedido.

En caso de una emergencia, *Arrow Health Solutions* velará por trabajar con cada familia y el médico para garantizar que el niño reciba los artículos necesarios para proporcionar continuidad en el servicio.

Autorización/Consentimiento para Proporcionar Equipo Médico (Durable) Domiciliario
He sido informado del equipo y suministros médicos (equipo médico durable) disponibles para mí y una selección de proveedores de los cuales puedo escoger. Autorizo a Arrow Health Solutions, LLC bajo la dirección del médico que prescribe, proporcionar equipo y suministros médicos domiciliarios según sean prescritos por el médico.

Cesión de Derechos/Autorización de Pago
Por la presente cedo todo los beneficios y pagos en reclamos cedidos para ser directamente realizados a *Arrow Health Solutions, LLC* por todo equipo y suministro médico a mi proporcionado. Autorizo a *Arrow Health Solutions, LLC* a inquirir tales derechos y pagos a mi nombre. Entiendo que como cortesía *Arrow Health Solutions, LLC* facturará a Medicaid u otra fuente federalmente financiada y otros pagadores o asegurador(es) que proporcionan el cubrimiento. Entiendo que soy responsable de proporcionar toda la información de seguros necesaria de antemano. Cualquier cambio en mi política, plan o compañía de seguros debe ser informado a *Arrow Health Solutions, LLC* dentro de 30 días del evento. He sido informado(a) por *Arrow Health Solutions, LLC* de la necesidad médica de los servicios prescritos por mi médico.

Divulgación de Información
Por la presente solicito y autorizo a *Arrow Health Solutions, LLC,* el médico que prescribe, el hospital y cualquier otro tenedor de información relevante a mis suministros, divulgar información a solicitud a *Arrow Health Solutions, LLC,* a cualquier fuente pagadora, médico o cualquier otro personal médico o agencia involucrada con mi equipo. También autorizo a *Arrow Health Solutions, LLC* para revisar mi historia médica con el propósito de proveer equipos y suministros para proporcionar atención de salud domiciliaria.

Entrega de Información Escrita
Acepto que he recibido copia del Manual del Paciente, el cual contiene los Derechos y Deberes del Paciente, Estándares de Proveedor y Estándares de Privacidad HIPAA. Acepto que la información del Manual del Paciente me ha sido explicado y que comprendo toda la información.

Reporte de Reclamos
Acepto que he sido informado(a) del procedimiento para reportar reclamaciones si me encuentro insatisfecho cual cualquier parte de mi experiencia de atención domiciliaria. Entiendo que puedo presentar una queja sin preocupación de represalias, discriminación o una interrupción de servicios irrazonable. Con el fin de presentar una reclamación, favor llamar al (346) 328-4800 o a la línea gratuita al (866) 328-4800 y solicitar al Jefe de Operaciones de *Arrow Health Solutions*. Si su queja no es resuelta a su satisfacción dentro de 5 días hábiles, usted podrá iniciar una reclamación formal por escrito y enviarla al Vicepresidente de *Arrow Health Solutions, LLC*. Usted puede esperar una respuesta por escrito dentro de 7 días hábiles de haber sido recibida.

Otros Reconocimientos
Acepto que he recibido, leído y entendido las políticas trazadas en el Paquete de Divulgaciones de *Arrow Health Solutions.* Entiendo que Arrow Health Solutions tiene el derecho de cambiar el paquete sin previa notificación. También comprendo que cualquier cambio futuro en las políticas y procedimientos sustituyen y/o eliminan aquellas incluidas en el paquete, y que los pacientes y sus partes responsables serán notificados de tales cambios a través de los canales de comunicación normales.

Por favor coloque sus iniciales y acuse recibo de los siguientes formularios:

____ Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente
____ Estándares de Proveedor de CMS Medicare DMEPOS
____ Prácticas de Notificación de Privacidad
____ Recomendaciones de Preparación para Emergencias

_____ _____

Firma Fecha

_____

Relación con el Miembro de AHS

Formulario de Cambio de Proveedor de Beneficiario

El beneficiario de Medicaid tiene el derecho de escoger su proveedor Médico/DME y el derecho a cambiar de proveedores.

Nombre del Miembro AHS: _____

Medicaid: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Proveedor(es) anterior(s): _____

Fecha de cambio efectiva: _____

Médico de Atención Primaria: _____ No. de Teléfono: _____

Fax de Atención Primaria: _____

Nombre del Especialista: _____ No. de Teléfono: _____

Área del Especialista: _____ Fax: _____

Nombre del Especialista:: _____ No. de Teléfono: _____

Área del Especialista: _____ Fax: _____

Nombre del Especialista:: _____ No. de Teléfono: _____

Área del Especialista: _____ Fax: _____

Nombre del Especialista:: _____ Phone Number: _____

Área del Especialista: _____ Fax: _____

Al firmar abajo, autorizo a *Arrow Health Solutions* proporcionar equipos médicos/ DME de acuerdo a la fecha de cambio efectiva para el beneficiario de Medicaid arriba mencionado.

_____ _____

Firma Fecha

_____

Relación con el Miembro de AHS

Para Uso Oficial Únicamente

Los siguientes códigos HCPC deben tener una fecha final con una lista de los proveedores previos de suministros DME.

_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Formulario de Autorización HIPAA

Autorización para uso o divulgación de información de salud protegida
(Requerida por la Ley 45 de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico, Partes 160 y 164)

LLENE TODAS LAS SECCIONES, COLOQUE LA FECHA Y FIRME

I. Autorización

Yo,_____ , autorizo a Arrow Health Solutions para usar y divulgar información de salud protegida de, _____ , descrito abajo a todas las fuentes médicas incluyendo cualquier plan de salud, médico, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro médico o cualquier otro proveedor de salud que haya proporcionado pago, tratamiento o servicios a mí o a mi nombre.

II. Periodo Efectivo

Esta autorización para divulgación de información cubre el periodo de atención entre:

☐ _____ a _____

O

☐ Todo periodo pasado, presente y futuro.

III. Exención de Autorización

☐ Autorizo a divulgar mis registros médicos completos (incluyendo registros relacionados con cuidado de salud mental, enfermedades transmisibles, VIH o SIDA y tratamiento por abuso de alcohol o drogas).

O

☐ Autorizo la divulgación de mis registros médicos completos con la siguiente información:

- ☐ Registros de Enfermedad Mental
- ☐ Enfermedades transmisibles (incluyendo VIH y SIDA)
- ☐ Tratamiento por abuso alcohol/drogas
- ☐ Otro (favor especificar) _____

IV. Esta información médica puede ser utilizada por la persona que yo autorizo recibir la misma para tratamiento médico o consulta, facturación o pagos de reclamaciones o cualquier otro propósito que yo pueda autorizar.

V. Esta autorización estará vigente y efectiva hasta que TERMINE, momento en el cual esta autorización caduca.

VI. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Entiendo que la revocación no es efectiva hasta el punto que cualquier persona o entidad ya haya actuado en relación con mi autorización o si mi autorización fue obtenida como condición de obtener cubrimiento de seguro y que el asegurador tiene el derecho legal de rebatir una reclamación.

VII. Entiendo que mi tratamiento, pago, contratación o elegibilidad de beneficios no será condicionada en si firmo o no esta autorización.

VIII. Entiendo que información utilizada o divulgada con propósito de esta autorización puede ser divulgada por el receptor y pueda que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

_____ _____

Firma Fecha

_____

Relación con el Miembro de AHS