

AIDS Medi-Cal Waiver Program (MCWP)
Consentimiento de Participación

Nombre del Cliente: _____ # de Medi-Cal _____

Entiendo que como parte de mi aplicación para recibir servicios de Manejo de Casos, el/la Enfermero/a y el manejador de asistencia social debéa evaluar mi condición. El manejador de casos de enfermero o el manejador de asistencia social trabajador/a social será responsable de coordinar servicios en mi casa. Yo entiendo que:

1. Yo participaré en el proceso de decidir que servicios recibiré y seré notificado de los servicios y de cualquier cambio en éstos. Estos servicios se basan en la necesidad y disponibilidad de fondos. Ningún costo está relacionado con mi participación en éste programa. Sin embargo, los costos asociados con mi cuidado se cobraran a otras entidades como poliza de seguro medico, antes de cobrarlos al programa.
2. El manejador de casos de enfermería y el manejador de asistencia social mantendrá información sobre mi progreso y diseñará un programa de servicios para mí. El tipo y la cantidad de estos servicios seran determinados por medio de sesiones individuales y de juntas de el equipo acargo de mi cuidado.
3. Entiendo que se me haran preguntas personales que incluyen; mi nombre, raza, género, salud y otra información importante. Ninguna información adquirida sera usada en contra mía ni se dará a conocer sin antes dar mi consentimiento como lo proveé la ley. Sin embargo, información general (sin ninguna clase de identificación personal) puede ser adquirida y usada en estudios o publicaciones de estos. Un certificado que obliga a los científicos que conducen estudios a mantener la confidencialidad se mantiene en archivo. El programa de AMCWP esta comprometido a mantener la mas estricta confidencialidad.
4. La información contenida en mi expediente sera vista solamente por el personal aprobado del programa, y otras personas que están a cargo de mi cuidado o como lo especifica la ley. Entiendo que mi caso pueda ser discutido en reuniones de casos, a las cuales asisten el personal del programa AMCWP, mi doctor y otras personas que me brindan servicios.
5. Mi participación en el programa de AMCWP es voluntario y yo puedo salir de el programa en cualquier momento sin represalias o pérdida de otros servicios por los cuales yo califíco. Mi cuidado médico no se verá afectado por salirme del programa. Además, mi doctor puede darme de alta del programa si el/ella creé que es por mi bien.
6. Entiendo que necesito llenar todos los requisitos para el programa de AMCWP, los cuales incluyen necesidades y condición médica, y si llego a ser internado, yo no recibiré servicios mientras esté en el hospital. Estoy de acuerdo a seguir los reglamentos de el Programa como me lo han explicado.
7. Tengo el derecho de hacer preguntas de el programa de AMCWP en cualquier momento. Se me informará sobre cualquier cambio en el programa. Puedo manterme en contacto con mi trabajador/a de casos.
8. Estoy de acuerdo en cooperar con el personal de AMCWP y con los proveedores de cuidado. Consiento obstantemente de cualquier comportamiento hostil, ya sea verbal, abusivo, ó amenazante; al no cumplir con estos requisitos, mis servicios serán suspendidos.
9. Yo entiendo que los trabajadores profesionales de MCWP tienen la obligación de reporter situaciones de abuso de los ancianos o de personas a cargo de alguien, abuso o negligencia de niños, y amenazas de suicidio o homicidio. Las razones por las cuales éstos reportes son necesarios, incluyendo ejemplos de situaciones reportables, me han sido explicadas. Además, algunas circunstancias requieren revelación por ley. Éstos incluyen cuando un cliente presenta un peligro a sí mismo, a otros, a propiedad, o es gravemente discapasitado, o cuando los miembros de la familia del cliente comunican que el cliente presenta un peligro a otros.
10. Yo entiendo que existen límites de beneficio financiero para ciertos servicios de MCWP, incluso \$13,209 por cliente por año.
11. Iniciales de el cliente _____ Yo reconosco que hé recibido copias de las siguientes formas: **“Notificación de Acción, y Petición para una Audencia con el Estado”**. Tambien, estas formas se me enviarian por correo si mi aplicación para servicios al AMCWP fuése negada por mal comportamiento, por haber llegado al limite del uso al Medi-Cal, ó si mis servicios son cancelados por no calificar para el programa de AMCWP.

Iniciales de el Cliente _____ Yo he recibido una copia de las Reglas de Quejas de la Agencia.

Iniciales de el Cliente _____ Yo he recibido una copia de los Derechos de el Cliente

Certifico que he leído y entiendo la información aquí escrita sobre el programa. Con mi firma indico que estoy de acuerdo a participar en el programa. Se me proporcionará una copia de este acuerdo en el momento que lo necesite.

Todas las preguntas sobre el programa han sido contestadas completamente. Si tengo preguntas en el futuro, llamaré a la siguiente persona al telefono: () _____ - _____

Firma de el Apicante _____ Fecha _____
Representate de la Agencia _____ Fecha _____