

1. Nombre del programa de cuidados para pacientes terminales o del proveedor			2. Núm. de contrato
3. Dirección del proveedor (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)			4. Corrección (marque si aplica) <input type="checkbox"/>
5. Nombre del beneficiario (apellido, primer nombre, segundo nombre)			6. Núm. de Medicaid de la HHSC
7. Núm. de Medicare	8. Núm. de Seguro Social	9. Fecha de elección o inicio	10. Marque la casilla correspondiente y escriba la fecha (MMDDAAAA) <input type="radio"/> Certificación: <input type="radio"/> Recertificación:
11. Dirección del beneficiario (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)			

Para brindar cobertura de cuidados para pacientes terminales de Medicaid o Medicare a partir de la fecha de elección del cliente, el padecimiento terminal del cliente debe verificarse en un plazo de dos días a partir de la fecha de elección de cuidados para pacientes terminales de Medicaid o Medicare, según lo demuestran la firma y la fecha del médico en la sección de certificación o por medio de una verificación verbal obtenida del médico. El médico o la enfermera titulada del centro para pacientes terminales debe introducir una verificación verbal en el historial de la persona y firmarla y fecharla dentro del periodo inicial de elección de 90 días. Si no se cumplen estos requisitos, no se podrá hacer ningún pago antes de la fecha de certificación (fecha en que firmó el médico).

Nota: Para recertificaciones, solo es necesaria la firma y fecha de un médico.

Verificación verbal (en los dos días siguientes a la fecha de elección)

Certifico que en la fecha firmada se obtuvo una verificación verbal de un médico con licencia en el estado de Texas o en el servicio militar de EE. UU confirmando que el cliente identificado anteriormente padece una enfermedad terminal con un pronóstico médico de seis meses o menos de vida, si la enfermedad sigue su curso normal.

12. Firma del personal de cuidados para pacientes terminales

13. Fecha de la firma

Certificación o recertificación

Certifico que soy un médico con licencia en el estado de Texas o en el servicio militar de EE. UU. y que el cliente identificado anteriormente padece una enfermedad terminal con un pronóstico médico de seis meses o menos de vida, si la enfermedad sigue su curso normal.

14. Escriba en letra de molde el nombre del médico responsable (apellido, nombre)

15. Firma del médico responsable

16. Marque la casilla que aplica y escriba el número

Núm. de licencia del estado de Texas _____

Núm. del código de especialización militar _____

17. Fecha de la firma _____

18. Escriba en letra de molde el nombre del médico de cuidados para pacientes terminales (apellido, nombre)

19. Firma del doctor de cuidados para pacientes terminales

20. Marque la casilla que aplica y escriba el número

Núm. de licencia del estado de Texas _____

Núm. del código de especialización militar _____

21. Fecha de la firma _____

El médico del equipo de cuidados para pacientes terminales y el médico responsable deben ambos firmar y fechar la declaración de certificación, a menos que el cliente no tenga un médico responsable aparte del médico del equipo de cuidados para pacientes terminales. En ese caso, un miembro del personal de cuidados para pacientes terminales tiene que firmar la declaración de exclusión a continuación.

Declaración de exclusión

Certifico que el cliente identificado anteriormente NO TIENE un médico responsable aparte del médico del equipo de cuidados para pacientes terminales.

22. Firma del personal de cuidados para pacientes terminales

23. Fecha de la firma