

Nombre del paciente:  
Número de identificación del paciente:  
Médico:

---

## Mensaje Importante De Medicare Sobre Sus Derechos

---

### Como Paciente Interno, Usted Tiene El Derecho A:

- Recibir servicios cubiertos por Medicare. Esto incluye servicios de hospital necesarios desde el punto de vista médico y servicios que podría necesitar después de la salida (dado de alta), si son ordenados por el médico. Tiene el derecho a estar informado sobre estos servicios, quién pagará y dónde obtenerlos.
- Participar en toda decisión sobre la estadía en el hospital y saber quién la pagará.
- Notificar toda preocupación que tenga sobre la calidad de la atención recibida a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) mencionada aquí :

Escribir el nombre del QIO

El número de teléfono

---

### Sus Derechos De Medicare Para Salir Del Hospital:

**Planificación para su salida (dado de alta):** Durante la estadía en el hospital, el personal cooperará con usted para prepararlo para que su salida no presente riesgos y organizar los servicios que usted podría necesitar después de salir del hospital. Cuando ya no necesite recibir la atención de hospital como paciente interno, el médico o el personal del hospital le informarán la fecha de su salida.

### Si piensa que su salida es muy apresurada:

- Puede hablar con el personal del hospital, su médico y la administración de su plan de cuidado de la salud (si pertenece a uno de ellos) sobre sus preocupaciones.
- También tiene el derecho de apelar, es decir, pedir una revisión de su caso por una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés). El QIO es un organización externa contratada por Medicare para revisar el caso a fin de decidir si usted está listo para salir del hospital.
  - Si desea apelar, debe comunicarse con el QIO antes de la fecha de su salida (dado de alta) planificada y antes de salir del hospital.**
  - En tal caso, no tendrá que pagar los servicios que reciba durante el proceso de apelación (con excepción de los cargos como copagos y deducibles).
- Si no apela la decisión, pero decide permanecer en el hospital más allá de la fecha de salida (dado de alta) planificada, tal vez tenga que pagar el costo de los servicios que reciba después de esa fecha.
- **La página 2 incluye instrucciones paso por paso para comunicarse con el QIO y presentar una apelación.**

Si desea hablar con alguien en el hospital sobre este aviso, llame al \_\_\_\_\_.

**Favor de firmar y escribir la fecha para mostrar que recibió este aviso y que entiende sus derechos.**

|                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| Firma del paciente o representante | Fecha/Hora |
|------------------------------------|------------|

Form CMS-R-193-SP (xx/10)

### Pasos Para Apelar Una Salida

**Paso 1:** Debe comunicarse con el QIO antes de la fecha de su salida (dado de alta) planificada y antes de salir del hospital. En tal caso, no tendrá que pagar los servicios que reciba durante la apelación (con excepción de los cargos como copagos y deducibles).

- Esta es la información para comunicarse con el QIO:

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre de el QIO Name of QIO (in bold)

\_\_\_\_\_  
Escriba el número de teléfono del QIO

- Puede presentar una solicitud de apelación cualquier día de la semana. **Una vez que hable con alguien o deje un mensaje, ha comenzado la apelación.**
- Puede pedir ayuda al hospital para comunicarse con el QIO si fuera necesario.
- El nombre de este hospital es:

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del hospital

\_\_\_\_\_  
El número de identificación del proveedor

**Paso 2:** Recibirá un aviso detallado del hospital o del plan Medicare Advantage u otro plan de cuidado de salud administrado de Medicare (si pertenece a uno de ellos) que explica las razones por las que consideran que usted está listo para ser dado de alta.

**Paso 3:** El QIO le solicitará su opinión. Usted o su representante necesitan estar disponibles para hablar con el QIO, si se solicita. Usted o su representante pueden presentar al QIO una declaración escrita, pero no se le exige que así lo haga.

**Paso 4:** El QIO revisará su historial médico y otra información importante sobre su caso.

**Paso 5:** El QIO le notificará sobre su decisión en el lapso de 1 día después de recibir toda la información necesaria.

- Si el QIO determina que usted no está listo para ser dado de alta, Medicare continuará cubriendo el costo de los servicios de hospital.
- Si el QIO determina que usted está listo para ser dado de alta, Medicare continuará pagando sus servicios hasta el mediodía del día **después** que el QIO le notifique a usted su decisión.

### Si No Cumple Con La Fecha Limite Para La Apelación, Usted Tiene Otrosderechos De Apelación:

- Todavía puede solicitar al QIO o a su plan (si pertenece a uno de ellos) que revisen su caso:
  - Si tiene Medicare Original: Llame al QIO mencionado arriba.
    - Si pertenece al plan Medicare Advantage o a otro plan de cuidado de salud administrado de Medicare: Llame a su plan.
- Si usted se queda en el hospital, el hospital puede cobrarle el costo de los servicios que reciba después de la fecha de su salida (dado de alta) planificada.

Si desea más información, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o TTY: 1-877-486-2048.

### Inforación Adicional:

---

De acuerdo con la Ley de Reducción de papaleo ("Paperwork Reduction Act) de 1995, no se exige a nadie que responda a la información solicitada a menos que se exhiba un número de control OMB válido. El número de OMB correspondiente a esta recolección de datos es el 0938-0692. El tiempo promedio calculado para contestar las preguntas es 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para leer las instrucciones, buscar reseñas de datos existentes, recopilar los datos necesarios, completar y revisar la información. Si tiene comentarios sobre el tiempo de respuesta o sugerencias para mejorar este formulario, favor de escribir a CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

---

## Instrucciones Para El Aviso: Mensaje Importante De Medicare

---

### Cómo Llenar El Aviso

#### Página 1 del Mensaje de Medicare

##### A. Encabezado

Los hospitales deben mostrar "Departamento De Salud Y Servicios Humanos, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid" y el número de OMB.

El hospital completará los siguientes espacios en blanco. La información que escriban los hospitales en los espacios en blanco en el mensaje debe escribirse a máquina o a mano de manera legible en letra tamaño 12 o equivalente. Los hospitales pueden también usar una identificación del paciente (etiqueta o emblema) que incluya la siguiente información:

**Nombre del paciente:** Escriba el nombre completo del paciente.

**Número de identificación del paciente:** Llene con un número de identificación para ese paciente. Este número no será, ni incluirá el número de seguro social.

**Médico:** Escriba el nombre del médico del paciente.

##### B. Cuerpo del aviso

**Punto No. 3 – Notificación a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO por su siglas en inglés) aquí mencionada sobre toda preocupación que usted tenga en relación con la calidad de la atención que recibe** \_\_\_\_\_ .

Los hospitales pueden preimprimir o escribir de otra manera el nombre y el número de teléfono del QIO incluyendo TTY también, si es necesario.

**Si desea hablar con alguien en el hospital sobre este aviso, llame:** Incluya un número de teléfono en el hospital para que el paciente o representante llame si tiene preguntas sobre el aviso. Preferiblemente debe incluir también un nombre de contacto.

**Firma del paciente o representante:** Solicite al paciente o el representante que firme el aviso para indicar que ha recibido y entiende el contenido.

**Fecha/Hora:** Pedir al paciente o al representante que escriba la fecha y la hora cuando firmó el aviso.

#### Página 2 del Mensaje de Medicare

**Primer punto secundario – escriba el nombre y el número de teléfono del QIO:** Escriba claramente el nombre y el número de teléfono, incluir TTY si es necesario, de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que ejecuta las revisiones para el hospital.

**Segundo punto secundario – El nombre de este hospital es:** Escriba o imprima (con anterioridad) el nombre del hospital, con el número de identificación del proveedor de Medicare (no el número de teléfono).

**Información adicional:** Los hospitales pueden usar esta sección para incluir documentación adicional como, por ejemplo, la obtención de las iniciales de los beneficiarios, la fecha, y la hora como prueba de constancia de la entrega de la copia de seguimiento del mensaje o documentación de los rechazos.