

Nombre del paciente:

Nº de aprobación OMB 0938-1019

Número de identificación del paciente:

Fecha de emisión:

Médico:

{ Colocar aquí la insignia o emblema del hospital o plan }

Aviso Detallado Sobre Dado De Alta

Usted ha solicitado una revisión a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO por su siglas en inglés), una organización independiente contratada por Medicare para revisar su caso. En este aviso se explica en detalle la razón por la que su hospital y el plan de cuidado de salud administrado (si pertenece a uno de ellos), de acuerdo con el médico, consideran que sus servicios de hospital como paciente interno (hospitalización) deben terminar el _____. Esto se basa en las políticas de cobertura de Medicare enumeradas a continuación y a su situación médica.

Esto no es una decisión oficial de Medicare. La decisión sobre la apelación provendrá de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO).

- Políticas de cobertura de Medicare:

_____ Medicare no cubre los servicios de hospital como paciente interno (hospitalización) que no son necesarios desde el punto de vista médico o que podrían brindarse de manera segura en otro lugar. (Refiérase al Código 42 de Regulaciones Federales, 411.15 (g) y (k)).

_____ Políticas del cuidado de salud administrado de Medicare, si corresponde:
_____ (escribir las pautas de políticas específicas sobre el cuidado de salud administrado)

_____ Otro _____ {escribir otras pautas de políticas aplicables}

- Información específica sobre su situación médica actual:

- Si desea una copia de los documentos enviados al QIO, o copias de las políticas o los criterios específicos utilizados para tomar esta decisión, favor de llamar a _____ {escribir el número de teléfono del hospital o del plan}.

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-NEW. El tiempo promedio calculado para contestar las preguntas es un promedio de 60 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.

CMS 10066 (approved 07/10)

Instrucciones para completar el aviso de salida (dado de alta)

CMS 10066

Este es un aviso estandarizado. Los hospitales no pueden apartarse del contenido del formulario con excepción de los casos en los que así se indique. Es importante saber que debe mostrar el número de control de OMB en el aviso. Las inserciones deben escribirse a máquina o a mano de manera legible en letra tamaño 12 o equivalente.

Los hospitales o los planes pueden modificar las siguientes secciones como modo de incluir el uso de un adhesivo o etiqueta con esta información:

Nombre del paciente: Escriba el nombre completo del paciente.

Número de identificación del paciente: Complete el número de identificación del paciente.

No debe ser ni incluir el número de seguro social o HICN del paciente.

Médico: Escriba el nombre del médico del paciente.

Fecha de emisión: Fecha de entrega del aviso al paciente por el hospital o el plan.

Coloque la insignia o emblema aquí: Los hospitales o los planes pueden colocar la insignia o emblema en este espacio si así lo deciden. No obstante, el nombre, la dirección y el número de teléfono del hospital o el plan deben colocarse inmediatamente debajo del emblema, si no están ya incorporados dentro del emblema. Si no se usa una insignia, el nombre y la dirección y el número de teléfono (TTY también) del hospital o el plan deben aparecer encima del título del formulario.

Espacio En Blanco: **“En este aviso se explica en detalle la razón por la que su hospital y el plan de cuidado de salud administrado (si pertenece a uno de ellos), de acuerdo con el médico, consideran que sus servicios de hospital como paciente interno (hospitalización) deben terminar el _____.** En el espacio suministrado, escriba la fecha prevista para la salida (dado de alta).

Punto No 1: **“Políticas de cobertura de Medicare”:** Seleccione las políticas de Medicare o de cuidado de salud administrado aplicables. Si fuera necesario, los hospitales pueden usar también la selección “Otro” para enumerar otras políticas, pautas o instrucciones aplicables. Los hospitales o los planes también pueden imprimir con anterioridad las políticas de cobertura usadas frecuentemente o añadir más espacio debajo de este renglón, si fuera necesario. Las pautas políticas deben expresarse con oraciones completas y en lenguaje simple. Por otra parte, el hospital o el plan pueden incluir al aviso otras páginas, políticas específicas o criterios específicos sobre darse de alta. Cualquier anexo debe incluirse en la copia enviada al QIO.

Punto No 2: **“Información específica sobre su condición médica actual”** Complete con información detallada y específica sobre el problema médico actual del paciente y las razones por las que los servicios ya no son razonables o necesarios para este paciente o ya no están cubiertos de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare o del cuidado de salud administrado de Medicare. Use oraciones completas y lenguaje simple.

Punto No 3: **“Si desea una copia de los documentos enviados al QIO, o copias de las políticas o los criterios específicos utilizados para tomar esta decisión, favor de llamar a: _____.”** El hospital o el plan deben incluir también un número de teléfono para que llamen los pacientes como modo de obtener una copia de los documentos pertinentes enviados al QIO. Si el hospital o el plan no han adjuntado las políticas de Medicare o las políticas del plan de cuidado de salud administrado de Medicare que se usaron para escoger la fecha para darse de alta, el hospital deberá ofrecer un número de teléfono al que pueden llamar los pacientes para obtener copias de esta información.

Los hospitales o los planes pueden añadir espacio debajo de esta sección a fin de incluir un renglón para firmar e incluir la fecha, si así lo deciden.