

Agencia:

Nombre del paciente:

Dirección postal:

Número de identificación (paciente):

Teléfono:

### Aviso de Cambio del Cuidado de la Salud en el Hogar (HHCCN)

**El cuidado de su salud en el hogar cambiará.** A partir del *[fecha]*, su agencia de cuidado de la salud en el hogar cambiará los siguientes artículos y/o servicios por las razones mencionadas a continuación.

Artículos y/o servicios:	Razón del cambio:

**Lea la información a continuación.** Su agencia de cuidado de la salud en el hogar le está dando a esta información porque:

<input type="checkbox"/> <b>Las órdenes de su médico o proveedor sobre su plan de cuidado han cambiado.</b> La agencia para el cuidado de la salud en el hogar debe seguir las órdenes de su médico al ofrecerle los servicios. La agencia para el cuidado de la salud en el hogar no puede ofrecerle servicios sin una orden del médico/proveedor de la salud. Si está en desacuerdo con el cambio, hablelo con su agencia, su médico o proveedor.
<input type="checkbox"/> <b>La agencia para el cuidado de la salud en el hogar decidió dejar de brindarle los servicios mencionados.</b> Usted puede obtener estos servicios de otra agencia para el cuidado de la salud en el hogar si tiene una orden válida para los servicios y su médico piensa que todavía necesita los servicios. Si necesita ayuda para buscar otra agencia que le pueda ofrecer estos servicios, hable con el médico o proveedor que ordenó los servicios. Si obtiene los servicios de otra agencia, puede pedirles que le envíen la factura a Medicare.

**Si tiene preguntas sobre estos cambios, llame a su agencia de cuidado de la salud en el hogar y/o el médico o proveedor que ordenó los servicios.**

Usted no puede apelar a Medicare el pago del servicio o artículo mencionado arriba a menos que lo haya recibido, y se haya presentado el reclamo a Medicare.

**Más información:**

**Firme abajo y ponga la fecha** como prueba de que ha recibido y entendido el contenido de este aviso.

Entregue la copia firmada a su agencia de cuidado de la salud en el hogar, en persona o por correo a la dirección que aparece en la parte superior de este aviso.

Firma del paciente o representante legal*	Fecha
---	-------

\* Si el representante firma en vez del paciente, escriba “(rep)” o “(representante)” al lado de la firma. Si la firma del representante no es legible, debe escribir su nombre en letra de molde.

CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en un formato alternativo, por favor llame al: 1-800-MEDICARE o escriba al correo electrónico: [AltFormatRequest@cms.hhs.gov](mailto:AltFormatRequest@cms.hhs.gov).