

Servicios de asistencia médica a domicilio:

Nombre del paciente:

Dirección:

Identificación del paciente:

Teléfono:

**Aviso de cambios en la asistencia médica en el hogar (HHCCN, en inglés)**

**Su agencia de asistencia médica en el hogar cambiará.** A partir del     [date]    , su agencia de asistencia médica a en el hogar cambiará los siguientes artículos y/o servicios por los motivos a continuación.

Artículos/servicios:	Motivo por el cambio:

**Lea la información al lado de la casilla marcada abajo.** Su agencia de atención médica en el hogar le brinda esta información porque:

<input type="checkbox"/>	<p><b>Las órdenes de su médico para su asistencia en el hogar han cambiado.</b></p> <p>La agencia de asistencia médica en el hogar deberá seguir las órdenes del médico para brindarle atención a usted.</p> <p>La agencia de asistencia médica a en el hogar no puede brindarle atención del hogar sin una orden de un médico.</p> <p>Si usted no está de acuerdo con este cambio, hable con su agencia de asistencia médica a en el hogar o el médico que administra su atención en el hogar.</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>Su agencia de asistencia médica en el hogar ha decidido cesar la atención en el hogar indicada arriba.</b></p> <p>Usted puede buscar atención de otra agencia de asistencia médica en el hogar si tiene una orden válida para atención médica en el hogar y aún cree necesitarla.</p> <p>Si necesita ayuda buscando otra agencia de asistencia médica en el hogar para brindar esta atención, comuníquese con el médico que ordenó su atención médica en el hogar.</p> <p>Si obtiene atención de otra agencia de atención médica en el hogar, puede solicitar que se la facture a Medicare.</p>

**Si tiene preguntas sobre estos cambios, puede comunicarse con su agencia de asistencia médica en el hogar y/o el médico que ordena su atención en el hogar.**

Usted no podrá apelar a Medicare por los pagos de los artículos/servicios indicados arriba a menos que los obtenga y se presente una reclamación a Medicare.

**Información adicional:**

**Firme y escriba la fecha** a continuación para mostrar que recibió y entendió este aviso. Devuelva este aviso firmado a su agencia de asistencia médica en el hogar en persona o por correo a la dirección indicada en la parte superior de este

Firma del Paciente o del Representante Autorizado*	Fecha
--	-------

\*Si un representante firma en nombre del beneficiario, escriba "(rep)" o "(representante)" al lado de la firma. Si la firma del representante no es claramente legible, deberá escribir el nombre del representante en letra de molde.

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

---

Formulario CMS-10280-S  
(Exp. 06/2021)

No. de Aprobación de OMB 0938-1196