

Fecha:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (El condado completa esta sección)	
NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE:
CLIENT INDEX NUMBER (CIN):	

Estimado Dr. _____

Por favor complete y devuelva la declaración de abajo al condado a más tardar el _____ con respecto a su paciente mencionado arriba para que podamos determinar su elegibilidad para Medi-Cal. Por favor utilice el sobre pre-pagado con nuestra dirección. También puede devolverla por fax o por correo electrónico como se indica abajo. Su paciente ha dado autorización para compartir esta información con nosotros. Por favor vea la autorización del paciente adjunta.

Firma del trabajador del condado: _____ Fecha: _____

Nombre del trabajador del condado en letra imprenta: _____

Teléfono: _____ Número de fax: _____

Dirección electrónica del trabajador del condado: _____

**Verificación del Médico para los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad Bajo Provisiones que Protegen al Cuidador Cónyuge del Empobrecimiento
(Doctor's Verification for Home and Community Based Services Under Spousal Impoverishment Provisions)**

INFORMACIÓN DEL MÉDICO	
NOMBRE DEL MÉDICO EN LETRA IMPRENTA:	FECHA:
TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:
De acuerdo con mi examen, mi paciente, _____, probablemente necesitará el nivel de cuidado de centro de enfermería especializada durante al menos 30 días consecutivos, a menos que reciba atención en el hogar y servicios de apoyo que le permitan residir de manera segura en su hogar. Mi paciente comenzó a necesitar de servicios a un nivel de cuidado de centro de enfermería especializada el _____ y ha seguido necesitando estos servicios desde esa fecha.	
Declaro bajo pena de sanción por perjurio en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del estado de California, que la información contenida en esta Verificación del médico es verdadera y correcta.	
FIRMA DEL MÉDICO:	

Fecha: _____

Autorización del paciente

Yo, _____ autorizo al Dr. _____ para que comparta la información médica de este formulario al condado de _____ con el fin de establecer mi elegibilidad para Medi-Cal.

- Autorizo el uso o divulgación de la información médica que pueda identificarme, como se describe arriba y para los fines indicados.
- Tengo el derecho de retirar mi permiso para compartir mi información. Si yo firmo esta autorización para usar o compartir información, puedo anular esa autorización en cualquier momento. La anulación debe hacerse por escrito y no afectará la información que ya se haya usado o compartido.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Firmo esta autorización voluntariamente y cualquier tratamiento, pagos o mi elegibilidad para los beneficios bajo este programa puedan no ser posibles si no firmo esta autorización.
- Además, entiendo que cualquier persona a quien se divulguen los expedientes e información de acuerdo con esta autorización, no podrá usar ni compartir la información médica, a menos que obtenga de mí otra autorización o a menos que tal divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

FIRMADA: _____ FECHA: _____

Si no firma el paciente sujeto a esta divulgación, especifique la base que le da autoridad para firmar:

- Padre del menor Tutor Cónyuge Representante autorizado

Explique su parentesco con el paciente y por qué el paciente no puede firmar: _____

TESTIGO: Conozco a la persona que firma este formulario o estoy conforme con la identidad de esta persona: (Requerido en caso de firmas con una "X", ilegibles o con caracteres extranjeros)

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad, Código postal: _____

This general and special authorization to disclose information has been developed to comply with the provisions regarding disclosure of medical and other information under: The Health Insurance Portability and Accountability Act, Section 262(a), 42 U.S.C, Section 1320d-1320d-8 (45 CFR Part 164); 42 U.S.C., Section 290dd-2 (42 CFR Part 2); 38 U.S.C., Section 7332; 20 U.S.C., Section 1232g (34 CFR Parts 99 and 300); and state law, including Civil Code, Section 56.10(b), Welfare and Institutions Code, Section 10850 and 14100.2 and Civil Code, Sections 1798-1798.78.