# 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:

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ | **Las órdenes de su médico/proveedor para su asistencia en el hogar han cambiado.**  La agencia de asistencia médica en el hogar deberá seguir las órdenes del médico/proveedor para brindarle atención a usted.  La agencia de asistencia médica a en el hogar no puede brindarle atención del hogar sin una orden de un médico/proveedor.  Si usted no está de acuerdo con este cambio, hable con su agencia de asistencia médica a en el hogar o el médico/proveedor que administra su atención en el hogar. |
| ☐ | **Su agencia de asistencia médica en el hogar ha decidido cesar la atención en el hogar indicada arriba.**  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.  Si necesita ayuda buscando otra agencia de asistencia médica en el hogar para brindar esta atención, comuníquese con el médico/proveedor que ordenó su atención médica en el hogar.  Si obtiene atención de otra agencia de atención médica en el hogar, puede solicitar que se la facture a Medicare. |

# Si tiene preguntas sobre estos cambios, puede comunicarse con su agencia de asistencia médica en el hogar y/o el médico/proveedor 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 represente 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. 12/31/2024) No. de Aprobación de OMB 0938-1196