

FORMULARIO DE EXCLUSIÓN VOLUNTARIA DE HOGAR DE SALUD

- Use este formulario para rechazar los servicios de administración de cuidados de Hogar de salud.
- Las niñas o jóvenes de 18 años o mayores embarazadas o que son madres o casadas pueden completar y firmar este formulario.
- Todos los demás niños o jóvenes deben hacer llenar y firmar este formulario por sus padres, tutores legales, personas que dan cuidados o representantes legalmente autorizados.

PARTE 1 Información de contacto del niño o joven

Díganos sobre el niño o joven que rechaza o ya no quiere los servicios de administración de cuidados de Hogar de salud. Por favor escriba en letra de molde.

Nombre del niño o joven: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Dirección de la casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
D D M M A A A A

Sexo: Masculino Femenino Otra Expresión de género: _____

Número de Seguro Social (Nº de SS): _____ Número de identificación del cliente (CIN): _____

PARTE 2 Información de contacto del padre, tutor legal, persona que da cuidados o representante legalmente autorizado

El padre, tutor legal, persona que da cuidados o representante legalmente autorizado debe llenar esta información por la niña o joven menor de 18 años y que no está embarazada, no es madre ni está casada. Por favor escriba en letra de molde.

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

¿Usted es el contacto principal? Sí No

Marque uno: Padre o madre Tutor legal Persona que da cuidados Representante legalmente autorizado

Dirección de la casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Idioma principal: _____ Dirección electrónica: _____

Teléfono de la casa: (____) _____ - _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ - _____

Celular: (____) _____ - _____ ¿Podemos enviarle mensajes de texto? Sí No

Continúa en la siguiente página ➔

¿PREGUNTAS?

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame a C-YES al
1-833-333-CYES (1-833-333-2937) TTY: 1-888-329-1541

De lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m.
Los sábados de 9:00 a.m. a 12:00 p.m.

PARTE 3 Testimonio

El padre, tutor legal, persona que da cuidados o representante legalmente autorizado del niño o joven debe llenar esta parte si completó la Parte 2.

- Me explicaron los servicios de coordinación de cuidados que el niño o joven puede recibir del administrador de cuidados y programa Hogar de salud. Hemos decidido **no** participar en este momento.

Si opta por excluirse usted mismo, por favor llene esta información.

- Me explicaron los servicios de coordinación de cuidados que puedo recibir del administrador de cuidados y programa Hogar de salud. Decidí **no** participar en este momento.

PARTE 4 Motivo de no participación/exclusión

Dé el motivo por no participar o rechazar los servicios de administración de cuidados de Hogar de salud.

FIRMA

Entiendo que al firmar este formulario estoy pidiendo que C-YES proporcione coordinación de cuidados de HCBS.

Nombre del miembro o del padre, tutor legal, persona que da cuidados, representante legalmente autorizado del niño o joven (en letra de molde)

Firma

Fecha

¿PREGUNTAS?