PROGRAMA DE MANEJO DE CUIDADO CRONICO

 CONSENTIMIENTO

El \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (fecha) discutimos nuestro Programa de Manejo de la Atención Crónica. Los beneficios y su propósito se le explicaron a usted y usted entiende qué puede esperar del Programa.

Verificó que comprende lo siguiente:

* Puede haber un posible copago
* Puede cancelar el programa CCM en cualquier momento
* Su plan de atención puede ser compartido con sus otros proveedores
* Solo puede inscribirse en un programa de CCM a la vez.

Nombre del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_