

SOLICITUD DE EXCEPCIÓN POR CRISIS: DECLARACIÓN DEL MÉDICO

PACIENTE – NOMBRE/APELLIDO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

El paciente mencionado arriba está en la lista de espera para Servicios basados en el hogar y la comunidad y solicita una excepción por crisis para evitar la lista de espera. Se requiere la siguiente declaración del médico para ayudar al Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas con Discapacidad de Kansas (Kansas Department for Aging and Disability Services) a determinar la elegibilidad para una excepción por crisis.

Opciones de declaración del médico (SELECCIONE SOLO UNA)

Confirmando que atendí al paciente mencionado arriba para recibir tratamiento médico, y mi recomendación médica profesional es esta:

SÍ NO El paciente corre un **RIESGO INMINENTE** de que lo ingresen en un centro de enfermería u hospital en los próximos treinta (30) días calendario sin servicios ni apoyos que cubran las necesidades del paciente.

SÍ NO Se determinó que el paciente está en las etapas finales de una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis (6) meses o menos.

Escriba abajo una descripción detallada de los diagnósticos/condiciones médicas actuales que ponen a esta persona en RIESGO INMINENTE de ser ingresado en un hospital o centro de enfermería sin servicios ni apoyos que cubran las necesidades de esta persona.

Firma/Cargo_____
Fecha_____
Nombre/Cargo (en letra de molde)_____
Dirección del médico/Dirección del consultorio

TENGA EN CUENTA: Quien figure en **firma/nombre (Cargo)** puede ser el proveedor de atención médica primaria de la persona, con la calificación de cualquiera de los siguientes: Médico (MD), enfermero registrado (RN), enfermero registrado de práctica avanzada (APRN) o asistente médico (PA).

Verifique su calificación de esta lista:

- Médico (MD) Enfermero registrado de práctica avanzada (APRN)
 Enfermero registrado (RN) Asistente médico (PA)

TENGA EN CUENTA: TODOS los campos de este formulario DEBEN completarse y TODOS los campos DEBEN ser legibles; de lo contrario, este formulario no se aceptará.