pennsylvania
DEPARTMENT OF PUBLIC WELFARE
www.dpw.state.pa.us

REVOCACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

1 NÚMERO DE BENEFICIARIO

2 NOMBRE DEL BENEFICIARIO ("PACIENTE")

3 FECHA EFECTIVA

Por la presente revoco mi elección de servicios de cuidados paliativos a partir de la fecha efectiva que se indica anteriormente.

Entiendo que, al firmar esta declaración, se reanudarán mis derechos de cobertura para todos los demás servicios de Asistencia Médica, siempre y cuando continúe siendo elegible para recibir Asistencia Médica. Esta revocación no me impide elegir nuevamente los servicios de cuidados paliativos en el futuro, siempre y cuando continúe siendo elegible para recibir este beneficio.

4 FIRMA DEL PACIENTE

5 FECHA

El Paciente no puede firmar este formulario de Revocación de Cuidados Paliativos por el siguiente motivo:

6 _____

Por la presente certifico que estoy autorizado por las leyes del Estado de Pensilvania a firmar este formulario en nombre del Paciente, como representante legal del mismo. Entiendo y acepto todas las declaraciones expuestas en este formulario de Revocación de Cuidados Paliativos.

7 FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

8 FECHA

9 NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE LEGAL

10 PARENTESCO CON EL PACIENTE

DPW COPY / HOSPICE / CAO / RECIPIENT