ACUERDO DE PARTICIPACIÓN – SERVICIOS EDUCATIVOS
PARTICIPATION AGREEMENT – EDUCATION SERVICES

FOR AGENCY USE ONLY

Client ID No.

Case ID No.

El Asthma-Safe Homes Program de Wisconsin brinda educación sobre el asma y una revisión ambiental de su vivienda. El programa puede ayudarlo a controlar su asma (o la de su hijo). Necesitamos su consentimiento (o el de un tutor legal) para brindar servicios educativos (visitas a domicilio) y compartir información con las agencias y los proveedores que se indican a continuación.

Consentimiento para recibir servicios educativos

Si acepta recibir servicios de educación, su educador de asma se comunicará con usted para programar un mínimo de dos y un máximo de seis visitas a domicilio, una llamada telefónica de seguimiento de 2 semanas y una visita de seguimiento de 3 meses. Los beneficios que recibirá son educación gratuita para el control del asma y recursos de un educador capacitado en asma, recomendaciones sobre el entorno de su vivienda y suministros para reducir los desencadenantes del asma.

A través de su participación, existe la posibilidad de que se le remita a los servicios ambientales del Asthma-Safe Homes Program. Los servicios ambientales podrían incluir arreglos en la vivienda para reducir los desencadenantes del asma si la vivienda reúne los requisitos necesarios. Puede rechazar los servicios en cualquier momento. Le pedimos que se comunique con su educador de asma si ya no desea participar en el programa, si cambia su información de contacto o si necesita reprogramar una cita.

Consentimiento para divulgar información

Su educador de asma comparte la información aprendida durante las visitas a domicilios con los administradores del Asthma-Safe Homes Program en el Department of Health Services de Wisconsin con el fin de informar y mejorar el programa. Cualquier información compartida para esos fines no incluirá información identificable.

Además, con su consentimiento, su educador de asma compartirá la información de la visita con su médico de cabecera (o el de su hijo) o con otro proveedor de atención médica calificado. Esto puede incluir un resumen de la evaluación del control del asma y las recomendaciones proporcionadas por su educador de asma durante las visitas a domicilio y el seguimiento. El beneficio de compartir esta información con un proveedor de atención médica es que puede mejorar la atención que usted (o su hijo) recibe para mejorar el control del asma y disminuir los síntomas del asma.

Por favor, lea y firme lo siguiente:

Entiendo que la información presentada a través del Asthma-Safe Homes Program tiene el propósito de educar sobre el asma y no reemplaza una visita, una llamada o el consejo de mi médico personal u otro proveedor de atención médica calificado. Entiendo que, si tengo alguna pregunta relacionada con la atención médica, debo llamar o ver a mi médico u otro proveedor de atención médica calificado de inmediato.

Al firmar a continuación, doy mi permiso al Asthma-Safe Homes Program para:

1. Hacer la primera visita a domicilio el _____ (mm/dd/aaaa)
2. Compartir la información aprendida con las siguientes agencias y proveedores:

Nombre – Médico de cabecera	Nombre – Especialista
Dirección	Dirección
Número de teléfono (incluir código de área)	Número de teléfono (incluir código de área)

Me niego a que se comparta información con el proveedor(es) de atención médica.

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE – Nombre Suyo, Padre, o Tutor	FIRMA – Suya/Padre/Tutor	Fecha
--	---------------------------------	--------------

DISTRIBUTION: Client or Parent/Guardian
Asthma-Safe Homes Program
Health Care Provider(s) (if permission given)