

**COSENTIMIENTO DEL CLIENTE PARA VISITA A DOMICILIO
AGENCIA DE CUIDADO PERSONAL**

**PERSONAL CARE AGENCY
CLIENT CONSENT FOR HOME VISIT**

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre del cliente

Dirección

Ciudad

Estado

Código de área

CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE PARA VISITA A DOMICILIO

Mediante este documento, doy mi consentimiento para que el personal a cargo de las encuestas de salud del Estado de Wisconsin lleve a cabo una visita a domicilio para asegurarse de que los requisitos Estatales para la prestación de cuidado de personal se cumplan y para ayudar a evaluar la calidad y eficacia de los servicios de cuidado personal que yo recibo de:

Nombre de la agencia de cuidado personal

Ubicación - ciudad

CERTIFICADO DEL CLIENTE PARA LOS DERECHOS DEL CLIENTE

Entiendo que el consentimiento para esta visita es voluntario y que no renuncio a ninguno de mis derechos de confidencialidad o privacidad mediante mi consentimiento. Me han dicho y comprendo que el no acceder a una visita a domicilio no tendrá ningún efecto en el nivel o la naturaleza de los beneficios de Medicaid a los que tengo derecho.

FIRMA del cliente o representante del paciente

Ø

Fecha de la firma

FIRMA del inspector

Ø

Fecha de la firma