

**RENUNCIA (WAIVER) A LOS SERVICIOS DE HOSPICIO O CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR
DE UN RESIDENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL
EN UNA FACILIDAD RESIDENCIAL DE BASE EN LA COMUNIDAD (CBRF)**

WAIVER OF HOSPICE OR HOME HEALTH SERVICES

BY A TERMINALLY ILL RESIDENT OF A COMMUNITY BASED RESIDENTIAL FACILITY (CBRF)

Completar este formulario por el residente es voluntario por DHS 83.38 (2) (b), Wis. Admin. Code.

Nombre del Residente			Fecha
Nombre – CBRF			Número de Teléfono
Dirección	Ciudad	Estado	Código de Area

Un residente en la fase terminal de una enfermedad en una Facilidad Residencial con Base en la Comunidad (CBRF por sus siglas en inglés) puede renunciar al requisito de que él/ella reciba los servicios de un Programa de Hospicio o Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar para su enfermedad en la fase terminal mientras continúe residiendo en un CBRF. Es importante para el residente o su guardián o agente tomar una decisión informada sobre si debe o no renunciar a los servicios provenientes de estas agencias. Un agente del residente puede ser la persona asignada con poder notarial para los documentos de cuidado de salud que han sido activados. (Esto puede incluir el poder notarial durable de los documentos que le dieron el poder de tomar decisiones de cuidado de salud a un agente.)

Por lo tanto, antes de renunciar a estos servicios, el CBRF debe asegurarse de que el residente y su guardián o agente estén provistos con información sobre los tipos de servicios que se ofrecen generalmente a través de un Programa de Hospicio o Agencia de Cuidado de Salud. El CBRF debe ofrecer una oportunidad de:

1. Hablar con un representante de un Programa de Hospicio o Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar.
2. Examinar la información para un Programa de Hospicio o Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar que describa los servicios disponibles para una persona en la fase terminal de una enfermedad.

Si el residente o guardián o agente renuncia a los servicios de un Programa de Hospicio o Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar, es necesario que el CBRF coordine todos los cuidados y servicios para el residente en la fase terminal de una enfermedad.

El residente o el residente y su representante asignado, o su guardián o agente de cuidado de salud activado puede, en cualquier momento, revocar esta renuncia y recibir los servicios de un Programa de Hospicio o de una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar por medio a la firma de la Revocación de Renuncia (*Revocation Waiver*) que se encuentra al dorso de este formulario.

Habiéndome brindado la oportunidad de hablar con un representante de un Programa de Hospicio o de una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar y de examinar la información de por lo menos una de estas agencias, por el presente renuncio a recibir los servicios de un Programa de Hospicio o Agencia de Cuidado de Salud.

FIRMA - Residente (y representante asignado, si ha sido anteriormente solicitado por el residente por escrito)	Fecha de la Firma
---	-------------------

o

FIRMA – Guardián o Agente	Fecha de la Firma
----------------------------------	-------------------

**REVOCACIÓN DE RENUNCIA
A LOS SERVICIOS DE HOSPICIO O CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR**

REVOCACTION OF THE WAIVER OF HOSPICE OR HOME HEALTH SERVICES

Por la presente revoco la renuncia que se encuentra al dorso de este formulario de modo que yo pueda recibir los servicios de un Programa de Hospicio o Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar.

FIRMA – Residente (y representante asignado, si ha sido solicitado anteriormente por el residente por escrito)	Fecha de la Firma
---	-------------------

o

FIRMA - Guardián o Agencia	Fecha de la Firma
-----------------------------------	-------------------