

Completar un Formulario de certificación médica



Formulario de certificación médica

Algunos pacientes solicitan servicios en el hogar y la comunidad para obtener servicios y apoyo en su hogar en lugar de en un entorno institucional. Si su paciente lo pide, usted debe completar, firmar y enviar un Formulario de certificación médica.

Hay cuatro formas de enviar el formulario:

- Firma electrónica (recomendado)
- Por correo electrónico
- Por Fax
- Por correo postal

¿Necesita ayuda?

Use esta guía para obtener más información sobre cómo completar un Formulario de certificación médica. La guía le ayudará a asegurarse de que su formulario esté completo y correcto.

Si este formulario está incompleto o es incorrecto, **no** lo aceptaremos. Se lo enviaremos de nuevo y tendrá que rehacer un nuevo formulario.

Si tiene preguntas, llámenos al **1-877-550-4227**
(TTY: 1-877-824-9346). La llamada es gratuita.

Firma electrónica (recomendado)

Adobe Sign es la forma más rápida y conveniente para enviar un formulario. Se asegura de que su formulario esté completo y correcto. Le da sugerencias a medida que usted llena el formulario y le indica si algo falta o está mal.

Para enviar el formulario usando su firma electrónica:

1. Vaya a [[website](#)].
2. Use Adobe Sign para completar, firmar y enviar el formulario.

Información del paciente

Incluya esta información del paciente:

- Nombre
- Dirección
- Número de Seguro Social (SSN)
- Fecha de nacimiento

 **pennsylvania**
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
OFFICE OF LONG TERM LIVING

Formulario de certificación médica

Este formulario es para uso exclusivo de la persona o la entidad a la que va dirigido y contiene información de salud protegida (PHI, en inglés) sujeta a las disposiciones de la ley, incluida la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA, en inglés), y sus enmiendas. Los proveedores no deben presentar información falsa para obtener la autorización para prestar servicios bajo Asistencia Médica (Medicaid).

NOMBRE DEL PACIENTE:

DIRECCIÓN DEL PACIENTE:

SSN DEL PACIENTE: FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE:

Diagnóstico

Mencione **todo** lo que corresponda:

- Todos los diagnósticos relacionados con las necesidades de cuidados médicos de su paciente
- Cualquier lesión cerebral
- Cualquier discapacidad del desarrollo
- Todos los códigos ICD relacionados

DIAGNÓSTICO

Indique todos los diagnósticos con códigos ICD que estén relacionados con las necesidades de cuidados del paciente. Asegúrese de incluir los diagnósticos de lesiones cerebrales y/o discapacidades del desarrollo, si corresponde.

CÓDIGO ICD 10:	DIAGNÓSTICO MÉDICO:

Nivel de cuidados médicos

Marque una casilla.

- Para pacientes de 60 años o más, elija NFCE o NFI.

NIVEL DE CUIDADOS MÉDICOS

Para personas de 60 años o más, solamente seleccione entre NFCE o NFI.

- Nursing Facility Clinically Eligible (elegible médicamente para un centro de enfermería especializada, NFCE):** La persona tiene una enfermedad, lesión, discapacidad o un padecimiento médico que diagnosticó un médico; y debido a esa enfermedad, lesión, discapacidad o ese padecimiento médico, la persona necesita un nivel de cuidados y servicios superior al de alojamiento y comida.
- Nursing Facility Ineligible (no elegible para un centro de enfermería especializada, NFI):** Esta persona no cumple con los requisitos bajo la definición de NFCE.
- Intermediate Care Facility for Persons with Other Related Conditions (institución de cuidado intermedio para personas con otras enfermedades relacionadas, ICF/ORC):** La persona requiere servicios que se prestan en una ICF/ORC porque necesita tratamiento activo y tiene un diagnóstico de ORC.

ORC: Una discapacidad grave y crónica (que no sea una enfermedad mental o discapacidad intelectual) que: (1) se manifestó antes de los 22 años; (2) es probable que continúe indefinidamente; (3) resulte en el deterioro del funcionamiento intelectual general o del comportamiento adaptativo; y (4) resulte en limitaciones funcionales considerables en por lo menos tres de las siguientes áreas de las principales actividades de la vida: cuidado personal; entendimiento y uso del idioma; aprendizaje; movilidad; autonomía y capacidad de vida independiente. Las ORC podrían incluir, entre otras: parálisis cerebral, espina bífida, epilepsia, discapacidades físicas graves y autismo.

Tratamiento activo: Es un programa continuo que incluye la implementación agresiva y uniforme de un programa de capacitación especializado y general, tratamiento, servicios de salud y servicios relacionados dirigidos hacia la adquisición de los comportamientos necesarios para que el cliente funcione con la mayor autodeterminación e independencia posibles y a la prevención o desaceleración de la regresión o pérdida del estado funcional óptimo actual del cliente. El tratamiento activo no incluye servicios para mantener a los clientes que generalmente son independientes, que pueden funcionar con poca supervisión o sin un programa de tratamiento activo continuo.

Duración del cuidado requerido

Marque una casilla.

DURACIÓN DEL CUIDADO REQUERIDO

Indique la duración que se necesita para los cuidados relacionados con el diagnóstico indicado.

- Largo plazo:** Enfermedad o discapacidad que se anticipa que durará 12 meses o más.
- Corto plazo:** Enfermedad o discapacidad que se anticipa que durará menos de 12 meses.

Información del médico

Incluya esta información del médico:

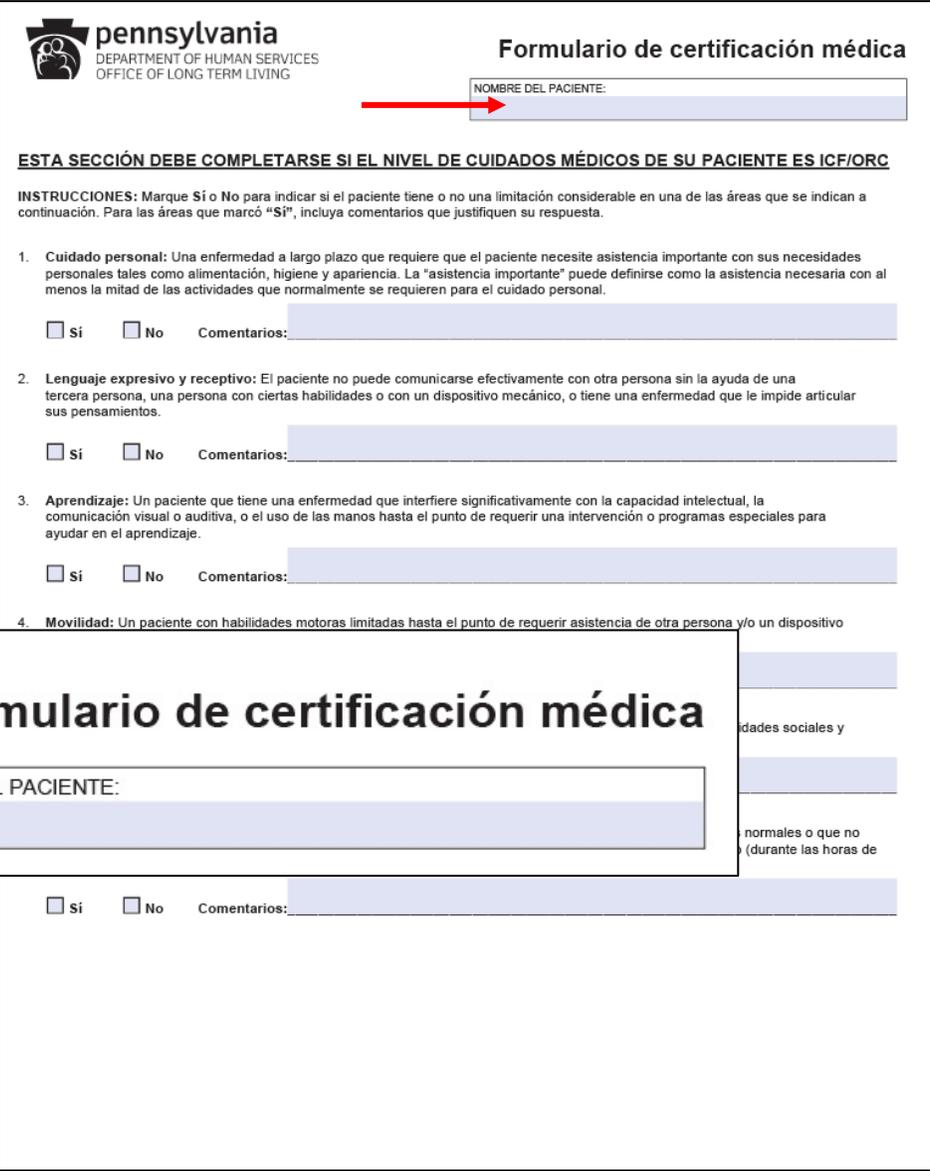
- Nombre (**debe** ser MD o DO)
- Licencia del MD o DO responsable
- Número de teléfono
- Número de fax

Recordatorio: Debe firmar y fechar esta sección.

INFORMACIÓN DEL MÉDICO	
NOMBRE DEL MÉDICO (DEBE SER MD O DO):	N.º DE LICENCIA O MA ID DEL MÉDICO:
TELÉFONO DEL MÉDICO:	FAX DEL MÉDICO:
FIRMA DEL MÉDICO:	FECHA:

Nombre del paciente

En la parte superior derecha de la página 2, recuerde volver a ingresar el nombre del paciente.



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
OFFICE OF LONG TERM LIVING

Formulario de certificación médica

NOMBRE DEL PACIENTE:

ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE SI EL NIVEL DE CUIDADOS MÉDICOS DE SU PACIENTE ES ICF/ORC

INSTRUCCIONES: Marque Sí o No para indicar si el paciente tiene o no una limitación considerable en una de las áreas que se indican a continuación. Para las áreas que marcó "Sí", incluya comentarios que justifiquen su respuesta.

- Cuidado personal:** Una enfermedad a largo plazo que requiere que el paciente necesite asistencia importante con sus necesidades personales tales como alimentación, higiene y apariencia. La "asistencia importante" puede definirse como la asistencia necesaria con al menos la mitad de las actividades que normalmente se requieren para el cuidado personal.
 Sí No Comentarios:
- Lenguaje expresivo y receptivo:** El paciente no puede comunicarse efectivamente con otra persona sin la ayuda de una tercera persona, una persona con ciertas habilidades o con un dispositivo mecánico, o tiene una enfermedad que le impide articular sus pensamientos.
 Sí No Comentarios:
- Aprendizaje:** Un paciente que tiene una enfermedad que interfiere significativamente con la capacidad intelectual, la comunicación visual o auditiva, o el uso de las manos hasta el punto de requerir una intervención o programas especiales para ayudar en el aprendizaje.
 Sí No Comentarios:
- Movilidad:** Un paciente con habilidades motoras limitadas hasta el punto de requerir asistencia de otra persona y/o un dispositivo

Pacientes con nivel de cuidados médicos ICF/ORC

Si el nivel de cuidados de su paciente es ICF/ORC, usted **debe** completar la sección en la página 2.

- Para cada pregunta, marque “Sí” o “No”.
- Para cada pregunta que marque “Sí”, agregue comentarios.

ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE SI EL NIVEL DE CUIDADOS MÉDICOS DE SU PACIENTE ES ICF/ORC

INSTRUCCIONES: Marque Sí o No para indicar si el paciente tiene o no una limitación considerable en una de las áreas que se indican a continuación. Para las áreas que marcó “Sí”, incluya comentarios que justifiquen su respuesta.

- Cuidado personal:** Una enfermedad a largo plazo que requiere que el paciente necesite asistencia importante con sus necesidades personales tales como alimentación, higiene y apariencia. La “asistencia importante” puede definirse como la asistencia necesaria con al menos la mitad de las actividades que normalmente se requieren para el cuidado personal.
 Sí No Comentarios:
- Lenguaje expresivo y receptivo:** El paciente no puede comunicarse efectivamente con otra persona sin la ayuda de una tercera persona, una persona con ciertas habilidades o con un dispositivo mecánico, o tiene una enfermedad que le impide articular sus pensamientos.
 Sí No Comentarios:
- Aprendizaje:** Un paciente que tiene una enfermedad que interfiere significativamente con la capacidad intelectual, la comunicación visual o auditiva, o el uso de las manos hasta el punto de requerir una intervención o programas especiales para ayudar en el aprendizaje.
 Sí No Comentarios:
- Movilidad:** Un paciente con habilidades motoras limitadas hasta el punto de requerir asistencia de otra persona y/o un dispositivo mecánico para moverse de un lugar a otro.
 Sí No Comentarios:
- Autonomía:** Un paciente que necesita asistencia para tomar decisiones independientes en relación con las actividades sociales y propias del paciente y/o administrar las finanzas personales y/o proteger su propio interés.
 Sí No Comentarios:
- Capacidad de vida independiente:** Un paciente con limitaciones para el desempeño de las actividades sociales normales o que no puede vivir solo y necesita la asistencia, la supervisión o la presencia de otra persona más de la mitad del tiempo (durante las horas de actividad).
 Sí No Comentarios:

¡Estamos disponibles para ayudarle!

Si tiene preguntas, llámenos al **1-877-550-4227**
(número de TTY: 1-877-824-9346). La llamada es gratuita.

Pennsylvania Independent Enrollment Broker

- P.O. Box 61560
Harrisburg, PA 17106
- Fax: 1-888-349-0264
- Sitio web: paieb.com