

Formulario para visitas domiciliarias y observaciones de servicios



HOME AND
COMMUNITY-
BASED
SERVICES

WYOMING MEDICAID
DIVISION OF HEALTHCARE FINANCING

Instrucciones del formulario

Este formulario deberá completarse y firmarse para cada visita domiciliaria y observación de servicios. Registre las notas en la sección provista durante las visitas domiciliarias y observaciones de servicios y provea una documentación detallada sobre la visita domiciliaria/observación de servicios en el Sistema Electrónico de Exención de Medicaid (EMWS). Este formulario deberá cargarse en EMWS para proveer una verificación de que ocurrió una visita domiciliaria/observación de servicios.

Nombre del participante: _____

Nombre del administrador de casos: _____

Agencia de administración de casos: _____ N/A

Firma del del administrador de casos: _____ Fecha: _____

Verificación de visita domiciliaria mensual

Fecha		Hora de comienzo		Hora de terminación	
-------	--	------------------	--	---------------------	--

El participante, representante legalmente autorizado o representante del proveedor deberá seleccionar los temas discutidos durante la visita domiciliaria. Los administradores de casos no tienen requerido abordar cada tema en cada visita domiciliaria.

- Preguntas e inquietudes
- Salud y bienestar
- Satisfacción con los servicios
- Derechos del participante (incluyendo restricciones actuales y posibles violaciones)
- Opción de proveedores y servicios (incluyendo la necesidad de nuevos o adicionales)
- Satisfacción con los proveedores

Nombre del participante/representante legalmente autorizado: _____ Fecha: _____

Firma del participante/representante legalmente autorizado: _____

Si el participante o representante legalmente autorizado no puede firmar, el proveedor/personal del proveedor deberá firmar en la visita domiciliaria.

Nombre del proveedor/personal del proveedor (letra de molde): _____

Firma del proveedor/personal del proveedor: _____ Fecha: _____

Notas *(Adjunte páginas adicionales si necesita más espacio)*

Nombre del participante: _____

Use los campos para verificación de observación de servicios indicados abajo como es requerido. Adjunte páginas adicionales si necesita más espacio.

Verificación de observación de servicios

Fecha		Hora de comienzo		Hora de terminación	
Servicio observado		Proveedor			

El representante del proveedor deberá seleccionar los temas discutidos durante la observación de servicios.

Progreso hacia el objetivo/meta de entrenamiento Posibles cambios al IPC Nivel de apoyo

Nombre del proveedor/personal del proveedor (letra de molde): _____

Firma del proveedor/personal del proveedor: _____ Fecha: _____

Firma del administrador de casos: _____ Fecha: _____

Verificación de observación de servicios

Fecha		Hora de comienzo		Hora de terminación	
Servicio observado		Proveedor			

El representante del proveedor deberá seleccionar los temas discutidos durante la observación de servicios.

Progreso hacia el objetivo/meta de entrenamiento Posibles cambios al IPC Nivel de apoyo

Nombre del proveedor/personal del proveedor (letra de molde): _____

Firma del proveedor/personal del proveedor: _____ Fecha: _____

Firma del administrador de casos: _____ Fecha: _____

Notas (Adjunte páginas adicionales si necesita más espacio)