

---

**PERMISO PARA HACER UNA VISITA A DOMICILIO**

---

NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

DIRECCION:

Por medio de este documento, autorizo a los examinadores de salud estatales y federales a que realicen una visita a mi hogar para asegurarse de que se están cumpliendo los requisitos federales y para ayudar a evaluar la eficacia ya calidad de los servicios de salud a domicilio que recibo de

\_\_\_\_\_.  
*(nombre de la Agencia de Cuidado de Salud a Domicilio)*

Entiendo que mi consentimiento a esta visita es voluntario y que no por éste abandono mis derechos a privacidad y a mantener mis asunto confidenciales. Me ha sido dicho y he entendido que si me niego a consentir a una visita a domicilio, no tendrá esta negativa ningún efecto en el nivel o naturaleza de los beneficios de Medicare y Medicaid a los cuales tengo derecho.

---

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE DEL BENEFICIARIO

FECHA: