



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID

AUTORIZACION PARA VISITA AL HOGAR SOBRE EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE PACE

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 con los requisitos federales y ayudar a evaluar la eficacia y la calidad de los servicios de salud en el hogar que recibo de

_____.
(nombre de la organización PACE)

Entiendo que mi autorización a esta visita es voluntaria y que no perderé ninguno de mis derechos de confidencialidad o privacidad por esta autorización. Me ha sido dicho y entiendo que si me niego a autorizar a una visita al hogar, esto no afectará el nivel de los beneficios de PACE que recibo actualmente.

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE DEL BENEFICIARIO

FECHA:

