



**ESTADO DE LA FLORIDA
AGENCIA DE ADMINISTRACIÓN PARA EL CUIDADO DE LA SALUD (AHCA)
DEPARTAMENTO DE LAS PERSONAS MAYORES (DOEA)**

**CONSENTIMIENTO Y DECLARACIÓN
DE QUE HA ENTENDIDO LO QUE FIRMA**

NOMBRE DEL CLIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Es necesario que las personas que estén solicitando o recibiendo ayuda de cuidado a largo plazo pasen por una evaluación. Se incluyen los programas de exoneración (waiver) del Programa de Cuidado Institucional (*ICP*, del inglés *Institutional Care Program*) y los Servicios Domésticos y Comunitarios (*CSB*, del inglés *Home and Community Based Services*).

A fin de evaluar mis necesidades, consiento...

- ... a que se evalúe mi necesidad de cuidado a largo plazo, y se determine si en lugar de internarme en un asilo, mis necesidades pueden satisfacerse dentro de la comunidad, y
- Autorizo al DOEA (Departamento de las Personas Mayores) a tener acceso a mis expedientes médicos. Entiendo y estoy de acuerdo que dichos departamentos pudieran necesitar hablar con mi médico y otros profesionales médicos. También entiendo que pudieran tener que entrevistar a familiares, amigos íntimos y profesionales de servicios sociales sobre mi estado.

Persona o representante

Relación (si firmase un representante)

Fecha