Forma del Acuerdo y Consentimiento del Participante

Yo sé que MO HealthNet Division (anteriormente Missouri Medicaid) me provee un servicio nuevo llamado MO HealthNet Programa de la Salud y Bienestar, administrado por APS Healthcare (Programa), para ayudarme a entender mi enfermedad y tomar mejor cuidado de mi salud. Además sé que yo estoy registrado en el Programa basado en la información de mi salud en MO HealthNet.

Yo sé que MO HealthNet Programa de la Salud y Bienestar es gratis y voluntario. Yo sé que el programa me ofrece un Enfermero/Entrenador de Salud para ayudarme con mi salud en general y me proporciona maneras para sentirme mejor cada día. Yo sé que mi Enfermero/Entrenador de Salud me ayudará a hablar con mi doctor acerca de mi tratamiento. Además sé que el Enfermero/Entrenador de Salud podría hablar conmigo y con mi doctor acerca de cómo él/ella puede apoyarme con el plan de cuidado de mi doctor.

Yo sé que mi Enfermero/Entrenador de Salud puede tratar de localizarme periódicamente por teléfono, por correo, ó por visitas en persona como parte de MO HealthNet Programa de la Salud y Bienestar. Yo sé que mi Enfermero/Entrenador de Salud de MO HealthNet Programa de la Salud y Bienestar ó mi doctor pueden compartir ó hablar información de mi cuidado de salud como una condición de formar parte del Programa.

He recibido información acerca de mis derechos y responsabilidades bajo MO HealthNet Programa de la Salud y Bienestar. Yo sé que el Programa es voluntario y que puedo preferir dejar el Programa en cualquier momento sin afectar mis beneficios con MO HealthNet, y que puedo hacer preguntas acerca del Programa llamando a APS Healthcare al número gratis **1-866-464-7147** o por Relay Missouri TDD al 1-800-735-2466 (VOZ) o 1-800-735-2966 (TEXTO)**.**

Quisiera tomar parte en MO HealthNet Programa de la Salud y Bienestar**:**

Fecha: _____

_____ **Ó** _____

Firma del PARTICIPANTE Firma del padre/guardián

_____ **Ó** _____

Letra imprenta del PARTICIPANTE (Requerido) Letra imprenta del padre/guardián

_____ **Ó** _____

Número telefónico/contacto (Incluyendo código de área) Número telefónico (Incluyendo código de área)

Mejor día de la semana para hablar_____ Mejor momento del día _____

Número de MO HealthNet _____ **Fecha de Nacimiento** _____
Al frente de su tarjeta de MO HealthNet (anteriormente Medicaid)

09/09/2008