

Formulario de Aceptación del Miembro para el Hogar Médico de Community Health Connections

*Llene este formulario cada vez que complete una de las cinco actividades
que se enumeran a continuación.*

Puede marcar más de una actividad si completó más de una durante la visita.

Nombre del Miembro [Name]: _____

Fecha de la Aceptación [Date]: _____

Las siguientes actividades anuales se realizaron con el miembro:

(Tenga en cuenta que cada una de estas actividades debe completarse al menos una vez al año)

- Revisión de la exactitud del Formulario de Consentimiento del Hogar Médico (DOH 5055) [Consent]
- Revisión de la Declaración de Derechos de los Miembros del Hogar Médico [BOR]
- Actualización Anual de la Evaluación Integral completa [Assessment]
- Actualización Anual de la Herramienta de Detección de los Determinantes Sociales de la Salud completa [SDOH]
- Plan de Atención: Participé activamente en la elaboración de mi Plan de Atención individual y estoy de acuerdo con el mismo. [POC]

Firma del Miembro [Signature]

Fecha [Date]

Firma del Coordinador de Atención [Signature]

Fecha [Date]