



## Formulario de exclusión voluntaria de Hogar de salud

1-833-333-CYES (1-833-333-2937) Número de TTY: 1-888-329-1541

- Use este formulario para rechazar los servicios de administración de cuidados de Hogar de salud.
- Las niñas o jóvenes de 18 años de edad o mayores embarazadas o que son madres o casadas pueden completar y firmar este formulario.
- Todos los demás niños o jóvenes deben pedir que lo llenen sus padres, tutores legales, personas que dan cuidados o representantes autorizados legalmente.

### Parte 1: Información de contacto del niño o joven

---

*Díganos sobre el niño o joven que rechaza o ya no quiere los servicios de administración de cuidados de Hogar de salud. Por favor escriba en letra de molde.*

Nombre del niño o joven: \_\_\_\_\_ Inicial intermedia: \_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección de su casa \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DD MM AAAA

Sexo:  Masculino  Femenino  Otra expresión sexual: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social (Nº de SS): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de identificación del cliente CIN): \_\_\_\_\_

### Parte 2: Información de contacto del padre, tutor legal, persona que da cuidados o representante autorizado legalmente

---

*El padre, tutor legal, persona que da cuidados o representante autorizado legalmente debe llenar esta información por la niña o joven menor de 18 años de edad y que no está embarazada, no es madre ni está casada. Por favor escriba en letra de molde.*

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial intermedia: \_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

¿Usted es el contacto principal?  Sí  No

#### Marque uno:

- Padre o madre  Tutor legal  
 Persona que da cuidados  Representante autorizado legalmente

**Parte 2: continúa en la página siguiente →**

**¿PREGUNTAS? Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame a CYES al 1-833-333-CYES (1-833-333-2937) Número de TTY: 1-888-329-1541**

De lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m.

Los sábados de 9:00 am a 12:00 pm

**Parte 2:** (continuación)

Dirección de su casa \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_ Dirección electrónica: \_\_\_\_\_

Teléfono de su casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ¿Podemos enviarle mensajes de texto?  Sí  No

**Parte 3:** Testimonio

***El padre, tutor legal, persona que da cuidados o representante autorizado legalmente del niño o joven debe llenar esta parte si completó la Parte 2.***

Me explicaron los servicios de coordinación de cuidados que mi hijo puede recibir de un administrador de cuidados de Hogar de salud y del programa Hogar de salud. Hemos decidido **no** participar en este momento.

***Si usted opta por excluirse usted mismo, por favor llene esta información.***

Me explicaron los servicios de coordinación de cuidados que puedo recibir de un administrador de cuidados de Hogar de salud y del programa Hogar de salud. Decidí **no** participar en este momento.

**Parte 4:** Motivo para optar por excluirse

Dé el motivo para optar por excluirse o rechazar los servicios de administración de cuidados de Hogar de salud.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma**

Entiendo que al firmar este formulario estoy pidiendo que C-YES proporcione coordinación de cuidados de HCBS.

\_\_\_\_\_  
Nombre del miembro o del padre, tutor legal, persona que da cuidados, representante autorizado legalmente del niño o joven  
(en letra de molde)

Firma:

Fecha

**¿PREGUNTAS? Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame a CYES al 1-833-333-CYES (1-833-333-2937) Número de TTY: 1-888-329-1541**

De lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m.

Los sábados de 9:00 am a 12:00 pm