



## Sistema de Atención Coordinada de LA (LA CSoC) Libertad de elección del afiliado

Sección I: Información personal				
Nombre del receptor/niño:			Fecha de nacimiento:	
Domicilio:			Ciudad:	
Estado:		Código postal:		Número de teléfono:
Número de seguro social:			Número de Medicaid:	
El receptor vive actualmente en (marque una opción):	Hogar de la familia	Hogar de grupo (TGH)	Residencia de ancianos	Hospital psiquiátrico
	Centro para trastornos del desarrollo / Centro de cuidados intermedios		Centro de tratamiento psiquiátrico residencial (PRTF)	
	Nombre del centro (si corresponde):			
Sección II: Libertad de elección				
Comprendo que tengo la opción de elegir entre recibir servicios del CSoC o ser internado en un centro asistencial. Se me ha explicado en qué consisten los servicios del CSoC y del centro asistencial.				
Deseo recibir: (Marque una opción)		Servicios de exención especiales del CSoC		Servicios del centro asistencial
Iniciales del receptor/tutor legal o persona a cargo:				Fecha:
Comprendo que puedo elegir a los proveedores y los servicios que estoy habilitado a recibir. Se me ha explicado en qué consisten estos servicios y se me entregó una lista de proveedores de servicios que atienden en mi zona.				
Elegí a uno o más de los siguientes proveedores y servicios.				
Proveedor:		Servicio(s):		
Iniciales del afiliado/tutor legal o persona a cargo:				Fecha:

# Libertad de elección del afiliado (continuación)

<b>Sección III: Derechos y denuncias del afiliado</b>	
El coordinador de la agencia de servicio integral me ayudó a conocer los servicios de exención especiales que tengo a mi disposición y me entregó material para que lo lea.	
<b>Iniciales del afiliado/tutor legal o persona a cargo:</b>	<b>Fecha:</b>

El coordinador de la agencia de servicio integral me entregó una copia del Manual del Afiliado del CSoC de Louisiana, que contiene información importante sobre mis derechos y obligaciones, sobre cómo encontrar proveedores y sobre cómo presentar una apelación o queja.	
<b>Iniciales del afiliado/tutor legal o persona a cargo:</b>	<b>Fecha:</b>

El coordinador de la agencia de servicio integral me explicó cómo denunciar sospechas de casos de abuso, negligencia, extorsión, explotación y muerte de adultos y niños; me explicó que tengo derecho a no ser amarrado, encerrado o lastimado, y me entregó material para que lo lea.	
<b>Iniciales del afiliado/tutor legal o persona a cargo:</b>	<b>Fecha:</b>

<b>Sección IV: Divulgación de información</b>	
Autorizo la divulgación de cualquier información concerniente a mi solicitud de servicios que pudiera estar en posesión de la agencia de servicio integral (WAA) a Magellan Health Services of Louisiana. La divulgación de información puede incluir, entre otros, mi plan de atención individualizada, notas de progreso, informes/evaluaciones médicas, informes/evaluaciones psicológicas, evaluaciones médicas/sociales/educacionales, incluidas las proporcionadas por escuelas, otras agencias u organismos, y toda la información de terceros que pudiera estar en posesión del Departamento de Salud y Hospitales (DHH). En caso de que el presente documento sea firmado por el Departamento de Servicios para el Niño y la Familia (DCFS), se debe respetar la confidencialidad de la información divulgada conforme a las leyes estatales y federales, incluido el Estatuto Revisado 46:56 de Louisiana. Esta información deberá usarse exclusivamente con el fin de brindar servicios de salud conductual al niño cuyo nombre se indicó anteriormente.	
<b>Firma del afiliado/tutor legal o persona a cargo</b>	<b>Fecha</b>
Relación de parentesco con el receptor:	

*(Formulario de Libertad de Elección revisado el 6/10/2019)*