

Formulario de solicitud de equipos complejos



REUTILIZACIÓN DE LOS
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS
DE MARYLAND

11701 Crain Highway
Cheltenham, MD 20623
DME.MDOA@maryland.gov
240-230-8000 (oficina)
aging.maryland.gov

Presentado por:
 **Maryland**
DEPARTMENT OF AGING

Complete este formulario en papel y luego envíenoslo por correo, o escanéelo y envíenoslo por correo electrónico.

*** Los campos marcados con un "*" son obligatorios. Si no proporciona esta información, su solicitud se anulará.** Se debe identificar a las siguientes personas: 1) quién solicita el equipo ("solicitante"), 2) quién será el/la beneficiario/a del equipo ("beneficiario/a"), 3) quién recogerá el equipo, y 4) quién es el/la profesional de la salud autorizado/a ("profesional de la salud autorizado/a") que aprueba el uso del equipo para el/la beneficiario/a. El/la solicitante es la persona que completa y firma la Parte A de este formulario y a quien se le otorgará la propiedad del equipo. El/la solicitante, el/la beneficiario/a y la persona que recoge el equipo pueden ser tres personas distintas, dos personas distintas (por ejemplo, el/la solicitante y el/la beneficiario/a pueden ser la misma persona, mientras que la persona que recoge el equipo es una segunda persona), o una sola persona.

Este formulario se divide en tres partes: Partes A, B y C. La Parte A debe completarla el/la solicitante, es decir, la persona que solicita el equipo. Las Partes B y C deben completarse por un profesional de la salud que brinde tratamiento a el/la beneficiario/a del equipo.

Parte A: Esta parte la debe completar la persona que solicita el equipo, y debe firmar la segunda hoja en el lugar indicado.

Persona que solicita el equipo ("solicitante")		
Nombre*	Apellido*	
Dirección*		
Ciudad*	Estado*	Código postal*
Teléfono*	Dirección de correo electrónico	

Persona que recoge el equipo (debe ser capaz de cargar y descargar el equipo de manera independiente)		
<input type="checkbox"/> Igual a la información de el/la solicitante anterior		
Nombre*	Apellido*	
Dirección*		
Ciudad*	Estado*	Código postal*
Teléfono*	Dirección de correo electrónico	

Recopilación y protección de la información personal

El/la solicitante y el/la profesional de la salud proporcionan información personal (lo que incluye, entre otros, el nombre, la dirección, y la fecha de nacimiento) en este formulario de solicitud, y el/la profesional de la salud podrá confirmar la información. El motivo de solicitar esta información personal es ayudar a operar, buscar financiamiento, minimizar los costos y evaluar el programa de reutilización. El/la solicitante, el/la beneficiario/a y la persona que recoge el equipo tienen derecho a inspeccionar, enmendar o corregir su información personal que conserva el programa. El programa no permitirá la inspección pública de la información personal ni la pondrá a disposición de otras personas, excepto según lo permitan las leyes federales y estatales.

Acuerdo de exención y liberación de responsabilidad:

Este acuerdo es una liberación de todos los derechos de demandar por lesiones o muerte que resulten del equipo recibido por parte de la **Reutilización de Equipos Médicos Duraderos de Maryland (en adelante, "MDMER")**, sin fines de lucro y operada por el estado. La persona que solicita el equipo (en adelante, "Solicitante") asume expresamente todos los riesgos relacionados en cualquier forma con el uso o adecuación del equipo. El/la Solicitante entiende que la **MDMER**: (i) no brinda asesoramiento médico sobre la adecuación de ningún equipo médico duradero; (ii) no brinda servicio de entrega ni de montaje posterior a la entrega, y (iii) recomienda buscar el asesoramiento de profesionales de la salud, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales o enfermeros/as practicantes, antes de obtener o utilizar equipos médicos duraderos. El/la Solicitante revisará el equipo para verificar que esté en buen estado de funcionamiento

antes de que el equipo se utilice para asistir a el/la beneficiario/a identificado anteriormente (en adelante, "Beneficiario/a") El/la Solicitante

leerá los materiales escritos y revisará los materiales de video que se proporcionan con el equipo y transmitirá la información

que contienen a el/la Beneficiario/a y sus cuidadores/as antes de que se utilice el equipo. El/la Solicitante también entiende que ni la **MDMER** ni sus funcionarios, oficiales, agentes, empleados o voluntarios (en lo sucesivo, "Exonerados/as") serán responsables de ninguna manera por lesiones, muerte u otros daños a el/la Solicitante, el/la Beneficiario/a o la persona que recoge el equipo, o sus respectivas familias, herederos o cesionarios, que puedan resultar de o estar relacionados de alguna manera con el equipo, el uso del equipo, un defecto del producto en el equipo, el uso y desgaste del equipo, o la negligencia pasiva o activa de cualquiera de las partes, incluida la negligencia pasiva o activa de los/as Exonerados/as.

El/la Solicitante reconoce que acepta y asume la propiedad del equipo "como está" y "con todas las fallas", y reconoce que la **MDMER** ha renunciado a todas las garantías. No hay garantías de que el equipo sea apto para un propósito en particular. El/la Solicitante reconoce que asume todos los riesgos derivados de la propiedad y el uso del equipo.

Por la presente, el/la Solicitante libera, exime y acepta no demandar a la **MDMER** ni a ninguno de los/as Exonerados/as por ninguna lesión, pérdida o daño de ningún tipo (incluido, entre otros, la muerte) a cualquier persona o propiedad, causado directa o indirectamente, o que surja de alguna manera del equipo, ya sea que dicha lesión o pérdida haya sido causada o presuntamente causada en su totalidad o en parte por la negligencia pasiva o activa de los/as Exonerados/as o de otra manera.

El/la Solicitante eximirá de responsabilidad e indemnizará a los/as Exonerados/as con respecto a cualquier reclamo de responsabilidad por cualquier pérdida o daño supuestamente causado por el equipo o su uso.

La MDMER PUEDE, A SU ÚNICA Y ABSOLUTA DISCRECIÓN, NEGARSE A PROPORCIONAR EL EQUIPO SI CONSIDERA QUE: 1) EL/LA BENEFICIARIO/A NO NECESITA EL EQUIPO O 2) EL/LA BENEFICIARIO/A O SUS CUIDADORES/AS NO UTILIZARÁN O NO PODRÁN UTILIZAR EL EQUIPO DE MANERA SEGURA.

RECONOZCO QUE HE LEÍDO CON ATENCIÓN EL ACUERDO DE EXENCIÓN Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD ANTERIOR Y LO COMPRENDO COMPLETAMENTE, Y DECLARO, BAJO PENA DE PERJURIO, QUE SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER: (1) TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ EN ESTE FORMULARIO ES CIERTA Y PRECISA, Y (2) EL EQUIPO SOLO SERÁ PARA USO PERSONAL Y NO SE VENDERÁ.

Firma de el/la solicitante:

Fecha:

Nombre de el/la solicitante en letra de imprenta:

Parte B: Esta parte solicita información sobre el/la Beneficiario/a y debe completarla el/la profesional de la salud autorizado/a que brinda tratamiento a el/la Beneficiario/a.

Información de el/la Beneficiario/a del equipo (debe ser residente de Maryland)			
Nombre*		Apellido*	
Dirección*			
Ciudad*	Condado*	Estado*	Código postal*
Teléfono*		Correo electrónico:	
Fecha de nacimiento*		Altura*	Peso*
Cobertura de el/la Beneficiario/a (marque todo lo que corresponda):*		¿Por qué el Equipo Médico Duradero (DME) no se compra ni se paga con la póliza de seguro de el/la Beneficiario/a? *	
<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Seguro privado		<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin seguro	

Parte C: Un/a profesional de la salud autorizado/a que brinde tratamiento a el/la Beneficiario/a debe completar la Parte C.

Seleccione el equipo (sujeto a disponibilidad):		
<p>Elementos de movilidad</p> <p><i>Bastón:</i></p> <input type="checkbox"/> Monopie <input type="checkbox"/> Cuádruple base pequeña <input type="checkbox"/> Cuádruple base grande <p><i>Muletas:</i></p> <input type="checkbox"/> Axilas <input type="checkbox"/> Antebrazos <p><i>Caminador:</i></p> <input type="checkbox"/> Estándar (sin ruedas) <input type="checkbox"/> Rodante (dos ruedas) <input type="checkbox"/> Rollator	<p>Ducha</p> <input type="checkbox"/> Silla para la ducha <input type="checkbox"/> Silla para la ducha con respaldo <input type="checkbox"/> Banco de traslado para bañera <p>Baño</p> <input type="checkbox"/> Inodoro portátil <input type="checkbox"/> Barandilla de seguridad para el baño <p>Traslados</p> <input type="checkbox"/> Barandilla para cama médica de hogar <input type="checkbox"/> Barandilla para cama de hogar estándar	<p>Equipo complejo</p> <p>ÚNICAMENTE Médico/a, PT, OT, PA o CRNP</p> <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual <input type="checkbox"/> Silla de ruedas de transporte <input type="checkbox"/> Cama de hospital eléctrica/Semi-eléctrica <input type="checkbox"/> Elevador mecánico (eslinga no incluida) <input type="checkbox"/> Otro, especifique: <hr/> <p>ÚNICAMENTE PT y OT</p> <input type="checkbox"/> Silla de ruedas motorizada <input type="checkbox"/> Scooter motorizado
Información complementaria:		

Soy un profesional de la salud autorizado/a _____* [escribir profesión] que brinda tratamiento al beneficiario/paciente mencionado anteriormente dentro de mi campo de práctica. El equipo solicitado es apropiado para el beneficiario/paciente, y [elegir uno]:

___ Yo o los miembros del personal proporcionaremos o hemos proporcionado la capacitación necesaria sobre el equipo identificado al beneficiario/paciente, a su cuidador o a ambos.

O
 ___ El beneficiario/paciente o cuidador es capaz de utilizar el equipo de manera segura sin capacitación adicional.*

Nombre*	Cargo*
Nro. de licencia*	Empleador*
Teléfono*	Dirección de correo electrónico*

Profesional de la salud autorizado/a:

Firma _____* Fecha: _____*