Client Name
Nombre del Cliente: _____

Medicaid Number:
Número de Medicaid: _____

☐ INITIAL/INICIAL
☐ ADDENDUM/SUPLEMENTO

Texas Health Steps complaint number 1-877-847-8377 given to client / ☐ **Yes/Sí** **date /fecha** _____
☐ **No**
Se le dio al cliente el número para quejas de Pasos Sanos de Tejas ☐ **N/A service plan addendum/N/A, suplemento plan de servicios**

Contacted Medicaid managed care plan to inform that client was enrolled in case management services/
Se contactó al plan de atención administrada de Medicaid para informarle que el cliente se inscribió en los servicios de administración de casos.
☐ **Yes/Sí date/fecha** _____ ☐ **No** ☐ **N/A service plan addendum/ suplemento plan de servicios**
☐ **N/A client not enrolled in Medicaid managed care/N/A, el cliente no está inscrito en la atención administrada de Mediciad.**

Provided client/parent/guardian with copy of / Se entregó al cliente/padre/tutor una copia del
☐ **service plan/ plan de servicios** ☐ **service plan addendum/suplemento del plan de servicios** **date/fecha** _____

Date for next billed follow-up visit/Fecha para la siguiente visita facturada : _____

I am a: ☐ client ☐ parent ☐ guardian. I know that within the Medicaid guidelines, I have freedom of choice for medical, dental, and case management services as needed. I know that, within the Medicaid guidelines, I have freedom of choice for equipment and supplies as needed. I took part in the making of this service plan. I understand that the referrals in this plan will help put this plan into effect. I understand the referrals will be made on my behalf (or my child's). I understand that information from my needs assessment may be needed to help with referrals in the plan. I give my consent for my case manager to share the information as needed to help with the referrals. I understand that the information will be shared only with agencies listed in the plan. The information shared will be only what is needed to complete the referral, determine eligibility, or provide services to my child or to me. This consent will expire when the above needs have been met. I understand that I may take back or cancel this consent anytime. To cancel it, I must write to my case manager. I understand that this consent will not affect my (or my child's) treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits. I understand that anyone who gets information as a result of this consent may share it with others as the law allows. I understand that by signing this service plan I am giving my consent and agree to receive case management services.

Yo soy un ☐ cliente ☐ padre ☐ tutor. Sé que dentro de los reglas de Medicaid, tengo el derecho de elegir los servicios médicos, dental y de administración de casos cuando sea necesario. Sé que dentro de los lineamientos de Medicaid, tengo la libertad de elegir equipo e insumos cuando sea necesario. Tomé parte en el desarrollo de este plan de servicio. Entiendo que las personas indicadas anteriormente ayudarán a que este plan surta efecto. Entiendo que las referencias serán hechas en mi nombre (o en el de mi hijo). Entiendo que la información de mi evaluación de necesidades puede ser necesaria para ayudar con las referencias en este plan. Doy mi consentimiento a mi administrador de caso para dar la información que sea necesaria a las referencias. Entiendo que la información se le dará únicamente a las agencias citadas en el plan. La información proporcionada será solamente la que sea necesaria para completar la recomendación, determinar la elegibilidad o dar servicios a mi hijo o a mí. Este consentimiento terminará cuando mis necesidades citadas anteriormente sean contentas. Entiendo que puedo revocar o cancelar este consentimiento en cualquier momento. Para cancelarlo, debo escribir a mi administrador de caso. Entiendo que este consentimiento no afectará mi tratamiento (o el de mi hijo), el pago, la inscripción, ni la elegibilidad para beneficios. Entiendo que cualquiera que obtenga información como resultado de este consentimiento podrá compartirlo con otros personas de acuerdo a lo permitido por la ley. Entiendo que al firmar este plan de servicios estoy otorgando mi consentimiento y estoy de acuerdo en recibir los servicios de administración de casos.

Client/Parent/Guardian Signature:
Firma del Cliente/Padre/Tutor: _____ Date/Fecha: _____

Case Manager Signature:
Firma del Administrador del Caso: _____ Date/Fecha: _____

Case Management Provider/Agency Name
Nombre de Proveedor de Administración de Casos: _____ Telephone/ Teléfono ( ) -

Interpreter Signature (if applicable):
Firma del Intérprete (en caso de que lo haya): _____ Date/Fecha: _____