

**Programa de Servicios de Hogar Médico para Indígenas Estadounidenses**  
***The American Indian Medical Home Services Program***

Otro beneficio más de ser miembro de AHCCCS inscrito/a en el Programa de Salud Para Indígenas Estadounidenses (*American Indian Health Program / AIHP*) es poder elegir que se le asigne a un(a) Administrador(a) de Caso de Atenciones Médicas Principales (*Primary Care Case Manager / PCCM*). Su administrador(a) PCCM le ayudará a coordinar sus necesidades de atenciones médicas mediante el Hogar Médico Para Indígenas Estadounidenses (*American Indian Medical Home / AI Medical Home*) que usted prefiera. El Hogar Médico Para Indígenas Estadounidenses es voluntario y podrá descontinuar su asignación a dicho hogar médico en cualquier momento.

(NOTA: NO tendrá la opción de Hogar Médico Para Indígenas Estadounidenses si al presente estuviera inscrito/a con una Organización de Atenciones Médicas Dirigidas (*Managed Care Organization / MCO*); para poder aprovecharse del servicio de Hogar Médico Para Indígenas Estadounidenses, deberá estar inscrito/a en el Programa de Salud Para Indígenas Estadounidenses (*AIHP*).

**Hogar Médico Para Indígenas Estadounidenses – Información de proveedores**

---

Nombre de Hogar Médico Para Indígenas Estadounidenses: \_\_\_\_\_

Clave de identificación de Hogar Médico Para Indígenas Estadounidenses: \_\_\_\_\_

**Hogar Médico Para Indígenas Estadounidenses – Información de miembro**

---

\*Clave de identificación de AHCCCS: \_\_\_\_\_

\*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de pila: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Asignación a Hogar Médico Para Indígenas Estadounidenses:

\_\_\_\_\_ El o la miembro indicado/a anteriormente ha pedido que se le asigne al Hogar Médico Para Indígenas Estadounidenses ya señalado, ha firmado el formulario de asignación, y el Hogar Médico mantendrá la copia firmada en su expediente.

El Hogar Médico Para Indígenas Estadounidenses al que se ha asignado al/a la miembro se hará responsable de descontinuar tal asignación cuando tal miembro pida que se suspenda la asignación o cuando el hogar médico suspenda la asignación por un motivo autorizado.

Suspensión de asignación a Hogar Médico Para Indígenas Estadounidenses:

\_\_\_\_\_ El o la miembro ha pedido que se suspenda la asignación a tal hogar médico.

\_\_\_\_\_ La entidad proveedora ha suspendido la asignación de tal miembro a tal hogar médico.

\_\_\_\_\_ Miembro fallecido

\_\_\_\_\_ Miembro desplazado fuera del estado

---

Firma de miembro: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de proveedor(a): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_