



# Formulario sobre el estatus de cuidados paliativos

## ¿Cuándo se debe usar este formulario?

Los proveedores aceptados deben utilizar este formulario para solicitar una resolución del Departamento de Salud y Atención a la Tercera Edad (en adelante, «el Departamento») de que una persona **que ingresa a una residencia de atención permanente (no de descanso)** tenga el estatus de cuidados paliativos. Una persona con este estatus recibirá la clasificación de Clase 1 (admitido para cuidados paliativos) de la Clasificación nacional en la atención a la tercera edad de Australia (AN-ACC).

## Información importante

Un médico o enfermero debe completar la Parte B (evaluación médica) de este formulario **no más de 3 meses antes y no más de 14 días después** de la fecha de ingreso del beneficiario en el servicio de atención residencial para recibir la atención residencial permanente (no de descanso). Los beneficiarios de atención cuya evaluación médica se realiza fuera de estos períodos de tiempo **pueden no ser evaluados** para determinar el estatus de cuidados paliativos.

Lea las **páginas 4 y 5** para conocer todos los requisitos de elegibilidad para determinar el estatus de cuidados paliativos.

## Cómo completar este formulario

El proveedor aprobado es el responsable de este formulario. También es responsable de la recolección del consentimiento del beneficiario de atención (o del representante autorizado), y debe asegurarse de que la Parte B (evaluación médica) haya sido completada dentro del período de tiempo especificado. El médico o enfermero no debe ser empleado ni contratista del proveedor aprobado. El proveedor aprobado debe asegurarse de que se cumplan todos los requisitos de elegibilidad antes de enviar el formulario al Departamento. Los formularios incompletos serán devueltos.

El Departamento ha proporcionado traducciones del formulario a idiomas extranjeros para ayudar a los receptores de cuidado a entender su contenido. No obstante, las traducciones a idiomas extranjeros no son formularios aprobados para los propósitos establecidos en los Principios de Responsabilidad de 2014, artículo 27. El Departamento exige que los proveedores aprobados y los receptores de cuidados completen la versión original en inglés del formulario.

Todas las preguntas son obligatorias a menos que se indique lo contrario. Puede completar este formulario en su computadora usando Adobe Acrobat Reader, o puede imprimirlo. Si tiene un formulario impreso:

- utilice un bolígrafo con tinta negra o azul
- escriba la información en LETRA MAYÚSCULA.

## Devolución del formulario

Devuelva este formulario al adjuntarlo a la solicitud de cuidados paliativos en el Portal del Proveedor de Servicios [Service Provider Portal] de My Aged Care dentro de los 14 días posteriores a la notificación del ingreso del beneficiario de atención a través del registro de ingreso a la atención para personas mayores.

Para obtener más información sobre este formulario o nuestra política de privacidad, llámenos al (02) 6289 1555 o al número gratuito 1800 020 103, envíe un correo electrónico a [ANACCOperations@health.gov.au](mailto:ANACCOperations@health.gov.au) o complete el formulario de consultas en línea en [www.health.gov.au/about-us/contact-us/general-enquiries](http://www.health.gov.au/about-us/contact-us/general-enquiries).

## Parte A

### Detalles del beneficiario de cuidados

1. Nombre del beneficiario de cuidados:

Nombre(s):

---

Apellido(s):

---

2. Fecha de nacimiento:

3. Sexo:

- Masculino       Femenino
- Otro

4. ID del beneficiario de cuidados o ID de Aged Care Gateway:

---

5. Número de tarjeta de Medicare:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Número de tarjeta de DVA (si corresponde):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Requisitos para la determinación del estatus de cuidados paliativos

7. ¿Se ha completado una evaluación médica (Parte B de este formulario) como mínimo 3 meses antes **y no más de 14 días después de la fecha de ingreso** del beneficiario de atención al servicio de atención residencial para recibir atención permanente (no de descanso)?

- Sí. **Ir a la pregunta 8**
- No, el beneficiario de atención **no puede ser evaluado** para determinar el estatus de cuidados paliativos. Aquí termina el formulario.

8. ¿Se cumplen todos los requisitos de elegibilidad?

- Sí. **Ir a la pregunta 9**
- No, el beneficiario de atención **no es elegible** para que se le determine el estatus de cuidados paliativos. Aquí termina el formulario.

9. Fecha de ingreso a cuidados permanentes (no de descanso):

Lea las **páginas 4 y 5** para conocer todos los requisitos de elegibilidad para determinar el estatus de cuidados paliativos.

## Consentimiento del beneficiario de atención

### Privacidad e información personal

Su información personal está protegida por ley, entre los que se incluye la Ley de Privacidad de 1988 y los Principios de Privacidad de Australia. El Departamento está recabando información personal en este formulario con el propósito principal de determinar el estatus de cuidados paliativos de personas que ingresan a una residencia de atención para personas mayores.

El Departamento podrá compartir la información recabada en este formulario con médicos, enfermeros y personal del servicio de cuidados residenciales para personas mayores donde reside o tiene la intención de residir la persona, con el fin de proporcionar una atención adecuada a las circunstancias y necesidades de la persona, incluyendo el uso de fondos según lo requiere la *Ley de Cuidados para la Tercera Edad de 1997*.

Al proporcionar su información personal o sensible al proveedor de servicios de cuidados residenciales para personas mayores, usted consiente que el Departamento recabe esa información sobre usted del proveedor con los propósitos indicados anteriormente.

Los médicos, enfermeros y proveedores de servicios de cuidados para personas mayores, quienes pueden recolectar información personal contenida en este formulario, también están sujetos a obligaciones de privacidad.

**Doy fe que he leído o de que me explicaron el contenido de este formulario, y doy mi consentimiento para recibir cuidados paliativos en el servicio de atención residencial para personas mayores mencionado en el presente documento.**

Nombre completo:

---

Relación con el receptor de cuidado (marque una):

Beneficiario de cuidados

Representante autorizado

Firma:

---

Fecha:

## Declaración del proveedor de atención residencial

ID del Servicio en el Sistema Nacional de Proveedores Aprobados (NAPS):

---

Nombre del servicio de cuidados residenciales para personas mayores:

---

Dirección del servicio de atención para personas mayores:

---

Número de teléfono del servicio de cuidados residenciales para personas mayores:

---

Dirección de correo electrónico del proveedor aprobado:

---

- **Declaro** que la persona ha ingresado al servicio de atención residencial para personas mayores para recibir, y para que se le proporcione, cuidados paliativos planificados de acuerdo con las Normas de calidad de cuidados para personas mayores y conforme a las mejores prácticas actuales.
- He **leído y entendido** los requisitos para el estatus de cuidados paliativos AN-ACC detallados en **las páginas 4 y 5** del presente documento, y confirmo que la expectativa de vida del beneficiario de atención y las necesidades de cuidados paliativos cumplen con los requisitos de elegibilidad para determinar el estatus de cuidados paliativos.
- **Acepto** proporcionar al secretario, Departamento de Salud y Atención a la Tercera Edad, documentación relacionada con la planificación y entrega de servicio de cuidados paliativos de calidad que se adecuen a las necesidades del beneficiario de cuidados, si se solicita
- **Declaro** que la información registrada en la Parte A del Formulario sobre el estatus de cuidados paliativos es verdadera y correcta.

Nombre completo:

---

Cargo:

---

Firma:

---

Fecha:

## Parte B

### Evaluación médica

**10. Nombre completo del paciente:**

Nombre(s):

---

Apellido(s):

---

**11. Evaluación médica:**

¿cuál es la expectativa de vida estimada del paciente (en meses)?

---

¿Cuál es el puntaje AKPS del paciente?  
(consulte la escala AKPS en la página 4)

---

### Datos del médico o enfermero

**12. Detalles de la práctica (se acepta el sello del proveedor):**

Nombre y dirección del consultorio:

---

---

---

---

Número de teléfono de contacto:

---

Dirección de correo electrónico:

---

**13. Número de identificación de la Agencia Reguladora de Practicantes de la Salud de Australia (Australian Health Practitioner Regulation Agency):**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**14. Número de Proveedor de Medicare:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**15. Tipo de practicante (marque uno):**

Médico

Enfermero

### Firma del médico o enfermero

**16. La parte B de este formulario debe estar firmada por el médico o enfermero responsable de la atención del paciente.**

Fecha de evaluación:

Nombre completo del médico o enfermero:

---

Firma:

---

Fecha:

El estatus de cuidados paliativos es específicamente para personas con una **expectativa de vida estimada de 3 meses o menos Y una puntuación AKPS de 40 o menos**, que ingresan a un cuidado residencial permanente con el propósito de recibir cuidados paliativos planificados.

Esta evaluación médica la utiliza el Departamento para hacer una determinación del estatus de cuidados paliativos. Si no se cumplen los requisitos de la Clase 1 y el Departamento rechaza la solicitud de estatus de cuidados paliativos, el individuo será remitido para una evaluación estándar de AN-ACC para determinar la clasificación AN-ACC adecuada.

**Cualquier cambio a esta sección del formulario debe ser firmada por el médico o enfermero.**

# Requisitos de elegibilidad para determinar el estatus de cuidados paliativos

## Introducción

El modelo de financiamiento AN-ACC incluye 13 clases de financiamiento variables (variedad de casos o «casemix») que reflejan las diferentes necesidades de cuidado de los receptores de cuidado en cada clase, siendo la Clase 1 y la Clase 13 las clases de financiamiento variable máximo.

La Clase 1 de AN-ACC «Admisión para Cuidados Paliativos» reconoce que las personas con el **estatus de cuidados paliativos** que ingresan a atención residencial para recibir cuidados paliativos planificados son clínicamente distintos, y requieren considerables recursos extra para satisfacer sus necesidades de atención. Asimismo, evita que estas personas deban someterse a un procedimiento estándar de evaluación de AN-ACC para determinar su clasificación AN-ACC que corresponda, y el nivel de financiamiento que el proveedor aprobado recibirá para la provisión de atención.

Este formulario es para personas **que ingresan a atención residencial para personas mayores**, y no para receptores de atención existentes que declinan con el tiempo y requieren cuidados paliativos y/o cuidados al final de la vida. Si un beneficiario existente de atención permanente (no de Clase 1) se convierte en paciente paliativo después de ingresar a un servicio de atención residencial para personas mayores, el proveedor puede solicitar la reclasificación de ese receptor, lo que activará una nueva evaluación para determinar su clasificación AN-ACC y financiamiento a partir de la fecha de la solicitud de reclasificación.

## Elegibilidad para determinar el estatus de cuidados paliativos y financiamiento de Clase 1 de AN-ACC

Para que un funcionario del Departamento determine que un beneficiario de cuidados tiene el estatus para recibir cuidados paliativos, al igual que clasificación y financiamiento de Clase 1 de AN-ACC, se deben cumplir todos los siguientes requisitos:

- el beneficiario de cuidados ingresó al servicio de atención residencial para recibir atención (no de descanso) en forma de cuidados paliativos
- se ha completado una evaluación médica **no más de 3 meses antes y no más de 14 días después** de la fecha de ingreso del beneficiario
- la evaluación médica incluye una estimación de la expectativa de vida del beneficiario de 3 meses (o menos) en la fecha de su ingreso
- la evaluación médica incluye una puntuación de 40 o menos en la escala de estado funcional de Karnofsky modificada para Australia (AKPS) (ver Escala AKPS a continuación).

Si no se han cumplido los requisitos de elegibilidad para cumplir con el estatus de cuidados paliativos (por ejemplo, si el beneficiario de cuidados tiene una puntuación de AKPS de 50), se aplicará el procedimiento de ingreso estándar. Este procedimiento incluye derivar al receptor de cuidados para una evaluación estándar de AN-ACC para determinar su clasificación AN-ACC que corresponda.

## Requisitos de evaluación médica

La evaluación médica la debe realizar un médico o enfermero que sea independiente del servicio de atención residencial para la tercera edad (ni contratista ni empleado) y operar dentro de su alcance de práctica. Además, esta evaluación médica debe ser registrada en la Parte B del presente formulario.

## Escala AKPS

La escala AKPS mide el estado general de rendimiento o la capacidad de una persona para llevar a cabo sus actividades diarias. Esta escala mide el rendimiento en las dimensiones de actividad, trabajo y cuidado personal.

Una puntuación AKPS de 100 indica habilidades físicas normales sin evidencia de enfermedad. Números decrecientes indican una capacidad reducida para realizar actividades de la vida diaria.

100	Normal; sin quejas; sin evidencia de enfermedades	50	Requiere asistencia considerable y atención médica frecuente
90	Capaz de realizar actividades normales; presenta síntomas menores de enfermedad	40	En cama más del 50 % del tiempo
80	Actividad normal con esfuerzo; algunos signos o síntomas de enfermedad	30	Casi completamente postrado en cama
70	Se cuida de sí mismo, pero no puede realizar trabajo activo	20	Totalmente postrado en cama y requiere cuidados extensivos de enfermería por parte de profesionales y/o familiares
60	Capaz de cuidar la mayoría de sus necesidades, pero requiere asistencia ocasional	10	Estado de coma o apenas se puede despertar

## Requisitos de elegibilidad para determinar el estatus de cuidados paliativos (continuación)

### ¿Quién es responsable de completar y presentar el Formulario sobre el estatus de cuidados paliativos?

El proveedor aprobado tiene la responsabilidad general de presentar el Formulario sobre el estatus de cuidados paliativos completado al Departamento.

Al presentar este formulario, el proveedor aprobado debe asegurarse de que:

- se hayan completado todas las preguntas obligatorias
- la información en el formulario **cumple con todos los requisitos de elegibilidad** para determinar el estatus de cuidados paliativos
- se ha **obtenido y registrado el consentimiento** del beneficiario de atención o de su representante autorizado en la Parte A de este formulario
- la Parte B ha sido completada en su totalidad por un **médico o enfermero** basado en una evaluación médica que tuvo lugar **no más de 3 meses antes y no más de 14 días después de la fecha de ingreso permanente** (no de descanso) del beneficiario de atención en el servicio de atención residencial con el propósito de recibir cuidados paliativos

Se debe proporcionar una copia del formulario a la persona y/o a su representante autorizado.

Si así lo solicita el secretario, el proveedor aprobado debe proporcionar información o documentos especificados relacionados con un beneficiario de cuidados con estatus de cuidados paliativos, dentro de los 7 días posteriores al día en que se realizó la solicitud, según se establece en los Principios de Responsabilidad de 2014, artículo 27A.

### Definiciones

ID del beneficiario de atención o ID de Aged Care Gateway	El «ID del beneficiario de atención» es el identificador único utilizado para acompañar las reclamaciones de subsidios y suplementos para un beneficiario de cuidado individual.  El «ID de Aged Care Gateway», a veces conocido como «ID de My Aged Care (MAC)», es el identificador único del beneficiario de cuidados en My Aged Care.  Ambos identificadores únicos se pueden encontrar en el Portal del proveedor de cuidados para personas mayores («Aged Care Provider Portal») de Services Australia.
ID de servicio de NAPS	El ID de servicio del Sistema Nacional de Proveedores Aprobados (NAPS) es un identificador emitido por el Departamento después de establecer un servicio y asignar plazas.