



41550 Eclectic St, Palm Desert, CA 92260 * 888-336-8322

Client Information Form

Nombre del cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Física: _____

Dirección de Envío (Si es diferente): _____

Nombre de comunidad donde vive (Si alguno): _____

Instrucciones para entrar a su comunidad (Si se aplica): _____

Calles transversales de la entrada de la comunidad: _____

Correo electrónico: _____

Número de teléfono celular: _____

Numero de telefono de casa: _____

Contactos de emergencia:

Nombre/Relación: _____ Numero de teléfono: _____

Nombre/Relación: _____ Numero de teléfono: _____

¿Cómo se enteró de Elder Love? _____

¿Tiene mascotas? Si es así, ¿qué tipo? _____

Días de preferencia: _____

Horarios preferidos: _____

¿Con qué frecuencia necesita nuestros servicios? _____

Condición(es) médica(s) principal(es) del cliente:

¿El cliente tiene Medi-Cal? SÍ o NO Si respondió **SÍ**, circule el proveedor: IEHP Medi-Cal o Kaiser Medi-Cal

Enumere detalles importantes sobre el cliente:

Necesidades de Cuidado del Cliente - *(Marque todas las que correspondan – el precio no cambia)*

Nombre del paciente/cliente: _____ Fecha: _____

Consentimiento para recibir servicios: Por la presente autorizo a Elder Love USA, Inc. a proporcionar los servicios apropiados de cuidado en el hogar al paciente/cliente mencionado anteriormente.

Actividades de la Vida Diaria (ADLs)

Movilidad:

- Caminar y transferencias
- Caminar
- Entrar/salir de la cama o silla

Baño:

- En la ducha o tina
- Solo supervisión
- Baño en cama

Uso del baño:

- Ayuda para sentarse/levantarse del inodoro o cómodo
- Cambio de pañal

Vestirse y arreglo personal:

- Elegir ropa
- Peinar el cabello
- Cepillarse los dientes

Alimentación:

- Asistencia para alimentarse
- Preparar alimentos

Estado de movilidad del cliente:

- Puede caminar independientemente
- Camina con andador
- Necesita asistencia con silla de ruedas
- Postrado en cama

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADLs)

Limpieza ligera del hogar:

- Sacar la basura
- Aspirar
- Barrer
- Quitar el polvo
- Trapear
- Lavar platos
- Limpiar estufa
- Limpiar encimeras
- Limpiar la sala
- Limpiar el baño
- Hacer la cama
- Cambiar sábanas
- Lavar ropa

Hacer mandados:

- Usando el auto del cuidador
- Usando el auto del cliente

Servicios adicionales:

- Hacer compras
- Recordatorios de medicamentos
- Preparación de comidas
- Transporte
- Cuidado de mascotas (caminar, alimentar)
- Compañía

Formulario de Consentimiento – Elder Love USA, Inc.

Nombre del paciente/cliente: _____ Fecha: _____

Consentimiento para recibir servicios: Por la presente autorizo a Elder Love USA, Inc. a proporcionar servicios apropiados de cuidado en el hogar al paciente/cliente mencionado anteriormente. Entiendo que un nivel adecuado de personal de cuidado en el hogar proporcionará dichos servicios. Reconozco y acepto que tengo derecho a rechazar el tratamiento o cancelar los servicios en cualquier momento, notificando a la oficina de Elder Love USA, Inc. Asimismo, Elder Love USA, Inc. puede dar por terminados los servicios, notificándome de la terminación y el motivo correspondiente.

Horas extra / Días festivos: Todos los servicios prestados en días festivos se cobrarán a una tasa de 1.5x la tarifa aplicable. Los servicios prestados por el mismo cuidador, a solicitud del cliente, de más de 40 horas semanales laborales o de más de 8 horas en un día calendario o en un turno, se cobrarán a 1,5 veces la tarifa aplicable hasta 12 horas. Las horas que excedan las 12 horas en un día calendario o en un turno se cobrarán al doble de la tarifa aplicable. Los días festivos aplicables son: **Año Nuevo, Memorial Day, 4 de Julio, Día de Acción de Gracias, Navidad.**

Regalos, propinas y préstamos: Los empleados **no** pueden aceptar regalos, propinas ni préstamos de los clientes. Los empleados de Elder Love **no deben** discutir su situación financiera personal con los clientes. Si esto ocurre, debe reportarlo de **inmediato** a Elder Love USA.

Riesgo de caídas: Las caídas son la principal causa de lesiones y muertes accidentales en adultos mayores de 65 años. Entiendo que los empleados de Elder Love harán todo lo posible para reducir el riesgo de caídas; sin embargo, no es posible prevenir todas las caídas. Si el riesgo de caída es alto, el uso de cinturón de marcha (gait belt), andador, silla de ruedas puede reducir el riesgo. Los empleados de Elder Love **nunca** deben levantar a un cliente del suelo; en su lugar, llamarán al contacto de emergencia o al 911. **Reconozco que no todas las caídas pueden prevenirse y eximo a Elder Love USA de toda responsabilidad.**

Exención de responsabilidad por el uso de vehículo: Si permito que un empleado o contratista de Elder Love USA, Inc. conduzca mi automóvil, acepto que es mi responsabilidad mantener un seguro de responsabilidad civil vigente conforme a los requisitos del estado. Entiendo que Elder Love USA, Inc. no proporciona cobertura de seguro por daños al vehículo, lesiones corporales o daños a la propiedad derivados del uso de mi automóvil por parte de empleados de Elder Love. Por la presente libero a Elder Love USA, Inc. y sus empleados de cualquier reclamación, responsabilidad o causa de acción relacionada con lesiones, muerte o daños derivados del uso de un vehículo operado por un empleado de Elder Love.

Terminación de servicios: Puedo terminar este acuerdo con 24 horas de aviso previo a Elder Love USA, Inc. Elder Love USA puede terminar el acuerdo con al menos 3 días de aviso previo o el mínimo requerido por la ley estatal. La notificación puede darse en persona o por teléfono, y posteriormente se enviará una confirmación por escrito por correo. Si la vida, la seguridad o el bienestar del personal está en riesgo, Elder Love USA puede dar por terminado el acuerdo sin previo aviso.

Arbitraje: Cualquier disputa se resolverá conforme a las reglas de la American Arbitration Association.

Declaro que he leído y comprendido por completo el contenido de este formulario y autorizo a Elder Love USA a prestar servicios.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Autorización de Firma para Verificación Electrónica de Visitas (EVV)

Nombre del paciente/cliente: _____ Fecha: _____

La Verificación Electrónica de Visitas (EVV) es un método utilizado para verificar las visitas de atención médica en el hogar, a fin de asegurar que los pacientes reciban atención adecuada y reducir las visitas documentadas fraudulentamente. Muchos estados requieren EVV conforme a la Ley 21st Century Cures Act.

El sistema EVV verifica los siguientes elementos:

- Tipo de servicio prestado
- Persona que recibe el servicio
- Fecha del servicio
- Ubicación del servicio
- Persona que presta el servicio
- Hora de inicio y finalización del servicio

Elder Love USA utiliza el software WellSky, que cuenta con certificación HITRUST CSF, verificación independiente de cumplimiento de HIPAA y con altos estándares de seguridad y privacidad.

WellSky también ofrece **The Family Room**, un portal seguro que permite a los familiares ver el calendario de cuidados, leer las notas de los turnos, pagar o dividir facturas.

Deseo que las siguientes personas tengan acceso:

Nombre y relación con el cliente: _____

Correo electrónico para acceder al “The Family Room”: _____

Al firmar abajo, autorizo el uso de mi firma electrónica para verificar que la visita domiciliaria fue realizada.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Acuerdo Financiero – Elder Love USA

El abajo firmante (Responsable de Facturación / Garante) desea celebrar este acuerdo financiero con Elder Love USA, Inc. para proporcionar servicios de cuidado en el hogar a:

Cliente: _____

La tarifa estándar cotizada corresponde al cuidado de una persona. Cuando se atiende a dos personas, la tarifa será 1,5 veces la tarifa estándar. El transporte en el vehículo del cuidador se cobrará según la tarifa estándar del IRS vigente. **Tarifa vigente Enero 2026: \$0.725 por milla.**

Tarifa estándar por hora (1 persona): \$30.00

Tarifa horas extra / festivos (1 persona): \$45.00

Tarifa estándar por hora (pareja): \$54.00

Tarifa horas extra / festivos (pareja): \$81.00

Servicio mínimo

Existe un mínimo de 2 horas por visita programada. Si el cuidador trabaja menos de 2 horas, el cliente acepta que se facturen igualmente 2 horas completas. No habrá excepciones.

Garantía

Reconozco que Elder Love USA depende de mi compromiso incondicional de garantizar el pago de los servicios, independientemente de la capacidad de pago del cliente.

Pagos

Al cliente se le enviará una factura semanal, cada lunes, por correo electrónico. Las facturas cubren el período de siete (7) días que termina el sábado anterior al lunes de facturación. Todas las facturas deben pagarse al momento de su recepción. Para su conveniencia, las facturas pueden cargarse automáticamente cada lunes a su tarjeta de crédito o mediante ACH (débito bancario). Las facturas también pueden pagarse en línea con tarjeta de crédito o mediante ACH. También puede pagar con cheque o por pago electrónico a través de su banco. **Sin embargo, se debe mantener en archivo una tarjeta de crédito válida o una cuenta bancaria válida (consulte el Formulario de Autorización de Tarjeta de Crédito / ACH).**

Reembolso de gastos

Si el cuidador realiza pagos menores a \$10 para el cliente (por ejemplo, alimentos o suministros), dichos cargos se agregarán a la factura.

Cambios en el horario

Los cambios deben notificarse con al menos 24 horas de anticipación. **Si no se da aviso dentro de 24 horas, se cobrará una tarifa equivalente a 2 horas.** Esta tarifa se eliminará en caso de emergencia, como la hospitalización. Si el cuidador llega y el cliente no está en casa o rechaza el servicio, se aplicará un cargo de 2 horas.

Cancelación

Los servicios pueden cancelarse en cualquier momento, pero se agradece un aviso previo de 24 horas.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____



41550 Eclectic St, Palm Desert, CA 92260 * 888-336-8322

Formulario de Autorización de Tarjeta de Crédito / ACH (Banco)

Elder Love USA requiere mantener una tarjeta de crédito o una cuenta bancaria en su archivo.

Seleccione una opción:

_____ Deseo que mi tarjeta de crédito se utilice para pagar mis facturas cada lunes y que se me envíe por correo electrónico una copia de la factura pagada. Entiendo que las transacciones con tarjeta de crédito incluyen una tarifa de transacción del 3% del total de la transacción.

_____ Deseo utilizar ACH (débito bancario desde una cuenta bancaria) para pagar mis facturas cada lunes y que se me envíe por correo electrónico una copia de la factura pagada. Los pagos ACH no tienen cargos por transacción.

_____ Deseo que mi factura se me envíe por correo electrónico y realizaré el pago en línea cada lunes.

Correo electrónico para facturación _____

Entiendo que un representante de Elder Love USA me contactará para recopilar mis datos bancarios o de tarjeta.

Si no utilizo el pago automático, autorizo a Elder Love USA a cargar mi tarjeta o mi cuenta bancaria si una factura permanece vencida por más de 14 días.

Firma del paciente o representante autorizado: _____

Nombre del representante: _____

Relación con el paciente: _____

Razón por la cual el paciente no puede firmar: _____

Fecha: _____

Si firma un representante, deberá proporcionarse documentación que acredite la autoridad legal para actuar en nombre del paciente.



41550 Eclectic St, Palm Desert, CA 92260 * 888-336-8322

Language Interpretation Notice / Aviso de Interpretación del Idioma

English

This agreement has been translated into Spanish for the convenience of Spanish-speaking clients. In the event of any discrepancy, inconsistency, or conflict between the English version of this agreement and the Spanish translation, the **English version shall control and prevail**.

By signing below, the client or authorized representative acknowledges that they were provided with the opportunity to review the English version of this agreement and that they understand that the English version governs in the event of any differences in interpretation.

Español

Este acuerdo ha sido traducido al español únicamente para la conveniencia de los clientes que lo hablan. En caso de cualquier discrepancia, inconsistencia o conflicto entre la versión en inglés de este acuerdo y su traducción al español, **prevalecerá la versión en inglés y tendrá fuerza legal**.

Al firmar a continuación, el cliente o su representante autorizado reconoce que tuvo la oportunidad de revisar la versión en inglés de este acuerdo y entiende que dicha versión prevalecerá en caso de cualquier diferencia de interpretación.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____