BRIGHT HOME CARE INC

CLIENT SERVICE AGREEMENT ADDENDUM
MODIFICACION AL CONVENIO DE SERVICIO

Date/Fecha: _____

Patient: _____ MR #: _____ SOC: _____
(Paciente)

Certification period: _____ to _____

As part of your service/care, an adjustment to our agreement is necessary, please review the following addendum to our agreement and sign in the bottom as approval of the stated changes:*(Como parte de su servicio/cuidado nuestro acuerdo necesita ser modificado, por favor revise la modificación y firme abajo como prueba de su aprobación a los cambios)*

☐ Your physician made changes in your Plan of Care, as result the frequency of visit will be affected as follow:*(Su doctor ordenó cambios en su Plan de Cuidado, como consecuencia la frecuencia de visitas necesita ser modificada de la siguiente forma).* **POC Copy received***/Copia recibida.*

☐ The Patient's Medications were reviewed, updated as needed.*(Las medicinas del paciente se revizaron y actualizaron)*

☐ All involved discipline care plan reviewed.*(El Plan de cuidado de todas las disciplinas envueltas fue revizado)*

Discipline/*Disciplina*
Staff name/Title - Nombre New Frequency *(Nueva frecuencia)*

_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____

Month/Mes:

Sunday/Domingo	*Monday/Lunes*	*Tuesday/Martes*	*Wednesday/Miérc.*	*Thursday/Jueves*	*Friday/Viernes*	*Saturday/Sábado*

☐ Charge changes, explain: *(Cambio en los cargos, explicar)*

☐ N/A ☐ Emergency/Disaster reviewed, information changes ☐ Yes ☐ No
(if any change occurre, new Emergency Form must be completed)

_____
_____

Month/Mes:

Sunday/Domingo	*Monday/Lunes*	*Tuesday/Martes*	*Wednesday/Miérc.*	*Thursday/Jueves*	*Friday/Viernes*	*Saturday/Sábado*

☐ MD approved the changes *(Su doctor aprobó los cambios)*

☐ I accept the changes, and acknowledgement to receipt the Agreement addendum.
(Yo acepto los cambios y confirmo el recibo de los cambios al convenio)

☐ **I participated/involved in the development of the Plan of Care**
(Yo participé en el desarrollo del Plan de Cuidado)

☐ Other*/Otro:* _____
_____
_____

_____ _____
Patient/Representative Signature Date/*Fecha*
Firma del paciente/representante

_____ _____
Agency's Representative Date/*Fecha*
Representante de la Agencia

Original (Patient's Chart) *Copy (Patient)*