

CLIENT SERVICE AGREEMENT ADDENDUM
MODIFICACION AL CONVENIO DE SERVICIO

Date/Fecha: _____

Patient: _____
(Paciente)

MR #: _____ SOC: _____

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)*
- The Patient's Medications were reviewed, updated as needed. *(Las medicinas del paciente se revisaron y actualizadas)*
- The Patient's Emergency Plan was reviewed, no changes needed. *(Plan de Emergencia revisado, no se necesitan cambios)*

Discipline/*Disciplina* New Frequency (*Nueva frecuencia*)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- Charge changes, explain: *(Cambio en los cargos, explicar)*
- N/A

- 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*: _____

JANUARY (Enero)	FEBRUARY (Febrero)	MARCH (Marzo)	APRIL (Abril)	MAY (Mayo)	JUNE (Junio)	
JULY (Julio)	AUGUST (Agosto)	SEPTEMBER (Septiembre)	OCTOBER (Octubre)	NOVEMBER (Noviembre)	DECEMBER (Diciembre)	
SUN (DOM)	MON (LUN)	TUE (MAR)	WED (MIE)	THU (JUE)	FRI (VIE)	SAT (SAB)

Patient/Representative Signature
Firma del paciente/representante

Date/Fecha

Agency's Representative
Representante de la Agencia

Date/Fecha