

CONSENTIMIENTO DE FARMACIA ESPECIALIZADA

1. Este documento reconoce que mi médico me recetó medicamento(s) con receta y que **BioPlus Specialty Pharmacy Services, Inc.** y su red de farmacias **MedScripts Medical Pharmacy, River Medical Pharmacy, Route 300 Medical Pharmacy o Santa Barbara Specialty Pharmacy** (cada "Farmacia") servirán como farmacia médica. La vía de administración de este medicamento está indicada en la etiqueta del medicamento con receta junto con las instrucciones de uso. Voluntariamente elegí recibir el medicamento y tengo la edad legal y la autorización para suscribir este formulario de consentimiento.
2. Entiendo que tengo otras opciones de farmacias disponibles y derecho a elegir mi proveedor de farmacia. Reconozco que recibo la terapia bajo el control de mi médico; selecciono y autorizo a la **Farmacia** para suministrar los medicamentos y material que se consideren necesarios para administrarme la terapia según las órdenes de mi médico.
3. Mi médico me explicó mi terapia y tratamiento, las terapias alternativas disponibles y los riesgos y peligros considerables inherentes a esta terapia. Entiendo que podría haber instrucciones especiales o capacitación. Me comprometo a leer las instrucciones y completar cualquier capacitación necesaria. Me comprometo a seguir las instrucciones y cumplir la capacitación que me den y alertaré de inmediato al farmacéutico y al médico que extiende la receta sobre cualquier condición médica que pueda afectar adversamente mi salud personal o la eficacia del medicamento. Además, entiendo que tengo la oportunidad de hacer preguntas sobre el medicamento y que respondan todas mis preguntas.
4. Entiendo todos los aspectos de mi cuidado personal en casa y entiendo que tengo derecho a hacer cualquier pregunta y recibir la respuesta durante mi participación en el programa. **Me dijeron que debo llamar al "911" para recibir atención médica de emergencia.**
5. Recibí información respecto a la eliminación de desechos biomédicos, preparación en caso de emergencia e información sobre los medicamentos.
6. Recibí una copia del documento de Derechos y obligaciones del paciente y una copia del Aviso de prácticas de privacidad y entiendo estos documentos. También sé que en cualquier momento que tenga preguntas puedo llamar a la farmacia al 1- 866-514-8082.
7. Debido a que estoy recibiendo medicamentos especializados, la **Farmacia** está obligada por contrato a obtener una constancia de la entrega. Entiendo que me pedirán que firme un recibo de la entrega del transportista. Si no puedo firmar el recibo de entrega, debo firmar y devolver el boleto de empaque adjunto al envío.
8. Autorizo a la **Farmacia** a facturarle a mi proveedor del seguro. Entiendo que si no tengo cobertura de seguro o si una aseguradora no paga, puedo ser responsable de pagar los cargos incurridos.
9. Varios fabricantes de medicamentos y otras entidades ofrecen programas de asistencia al paciente que ayudan con el pago, incluyendo, entre otras, tarjetas de copago o reducciones de costos para ciertas terapias, recetas y medicamentos. Según corresponda, autorizo a la **Farmacia** a tomar todas las acciones necesarias para inscribirme y registrarme en los programas de asistencia al paciente para los que califico, con el propósito de identificar y obtener la ayuda con el pago.

10. Si tiene cobertura de seguro a través de cualquier tipo de programa financiado por el gobierno estatal o federal (Medicare, Medicaid, Beneficios de salud para empleados federales, TRICARE, VA), no es elegible para participar en el Programa de copago. Doy fe de que mi plan de seguros no es un plan de seguros del gobierno estatal o federal, como Medicare, Medicaid o Tricare.
11. Si tiene cobertura de medicamentos con receta a través de un pagador comercial privado y el pagador comercial ha optado por no participar en el Programa de copago, usted no es elegible para participar. Entiendo que tengo la responsabilidad de verificar con mi plan de seguros sobre cualquier limitación que puedan tener para el uso de las tarjetas de copago u otra asistencia que pueda usar. No debo aceptar ninguna tarjeta de copago ni de otra asistencia si mi plan de seguros lo prohíbe.
12. Las llamadas a la farmacia pueden ser grabadas para propósitos de capacitación, mantenimiento de registros y control de calidad.
13. Autorizo a BioPlus a comunicarse conmigo para hablar de mi terapia con medicamentos, por email, mensaje de texto u otros tipos de comunicación digital. Si decido no recibir comunicaciones de marketing ni con fines comerciales, entiendo que BioPlus se reserva el derecho de comunicarse conmigo para hablar de la preparación o la entrega de mis medicamentos con receta.

Comuníquese con la farmacia llamando al 1-866-514-8082 si tiene alguna pregunta relacionada con este formulario.

LEÍ Y ENTIENDO PLENAMENTE ESTE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TERAPIA.

Nombre del paciente ("Paciente"):	
Firma del paciente:	
Apellido anterior/alias/apellido de soltera (si corresponde):	
Fecha de nacimiento:	
Fecha de la firma:	
Nombre del representante personal (si corresponde):	
Firma del representante personal (si corresponde):	
Descripción de la potestad del representante personal:	

SI ESTÁ RECIBIENDO TERAPIA DE INFUSIÓN LEA LA INFORMACIÓN DE ABAJO

1. **Si soy un paciente de infusión**, entiendo que hay más riesgos asociados al uso de medicamentos de administración intravenosa y mi médico me explicó esos riesgos. Mi médico me explicó que existen riesgos conocidos y desconocidos relacionados con el uso de todos los equipos médicos y material que se utilizan con la administración de medicamentos y, debido a que usaré el equipo y el material en casa, probablemente no habrá atención médica de emergencia disponible de inmediato en caso de complicaciones, lesiones o resultados adversos que pueden ocurrir con el uso del equipo o el material. **Me dijeron que debo llamar al "911" para recibir atención médica de emergencia.**
2. **Si para mi terapia es necesaria una bomba electrónica o mecánica**, me la enviarán con la indicación en el boleto de entrega, junto con un manual de instrucciones de operación e información sobre las garantías correspondientes.
3. Reconozco que recibí información, como un formulario de información de garantía del equipo o una página de información de garantía en mi manual de instrucciones de operación, sobre cualquier garantía que pueda cubrir las bombas, los dispositivos y otros artículos que me han sido suministrados. Además, la **Farmacia** me está vendiendo o alquilando el producto como un servicio para mi conveniencia. Entiendo que soy responsable del costo de reemplazo del equipo perdido, robado o dañado.
4. También entiendo que cada una de las declaraciones respecto al equipo es responsabilidad del fabricante y sus agentes autorizados (incluyendo, sin limitarse a los distribuidores y los técnicos de servicio autorizados). He recibido instrucciones sobre el funcionamiento y el mantenimiento menor relacionado con el equipo y he leído las instrucciones de funcionamiento, todas las que, en mi opinión, son adecuadas para permitirme operarlo adecuadamente sin la dirección del personal de soporte profesional de la **Farmacia**.

Entiendo que, en la máxima medida permitida por la ley, la **Farmacia** no será responsable en ningún caso de daños consecuentes, cargos secundarios, demandas o daños resultantes de un presunto defecto del equipo o suministros desechables. Un enfermero de atención médica en casa puede operar este dispositivo de infusión y yo seguiré sus instrucciones.

Si soy un beneficiario de Medicare, entiendo que la **Farmacia** cumple todas las garantías expresas e implícitas según la ley estatal aplicable y no me cobrará a mí ni al programa de Medicare la reparación o el reemplazo de los artículos cubiertos por Medicare (incluyendo todos los artículos de alquiler limitado y aquellos comprados, y otros artículos alquilados) o servicios cubiertos por la garantía.

Entiendo que puedo comunicarme con la farmacia llamando al 1-866-514-8082 con cualquier pregunta relacionada con este formulario.

LEÍ Y ENTIENDO PLENAMENTE ESTE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TERAPIA.

Nombre del paciente ("Paciente"):	
Firma del paciente:	
Apellido anterior/alias/apellido de soltera (si corresponde):	
Fecha de nacimiento:	
Fecha de la firma:	
Nombre del representante personal (si corresponde):	
Firma del representante personal (si corresponde):	
Descripción de la potestad del representante personal:	

27537573.1