

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 intravenosos 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 suministros que se usan con la administración de medicamentos y, debido a que usaré el equipo y los suministros 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 los suministros. **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 hayan suministrado. Además, la **Pharmacy** me está vendiendo o alquilando el producto como un servicio para mi conveniencia. Entiendo que soy responsable del costo por 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, entre otros 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 **Pharmacy**.
5. Entiendo que, en la máxima medida permitida por la ley, **Pharmacy** no será responsable en ningún caso de daños consecuentes, cargos secundarios, demanda legal 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.
6. Si soy un beneficiario de Medicare, entiendo que **Pharmacy** 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 Pharmacy llamando al 1-888-292-0744 con cualquier pregunta relacionada con este formulario.**

**LEÍ Y ENTIENDO TOTALMENTE ESTE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TERAPIA.**

Nombre del paciente (“Paciente”): \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Anterior/alias/apellido de soltera (si corresponde): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del representante personal (si corresponde): \_\_\_\_\_

Firma del representante personal (si corresponde): \_\_\_\_\_

Descripción de la autoridad del representante personal: \_\_\_\_\_