

SI ESTÁ EN TRATAMIENTO DE INFUSIÓN, LEA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN

1. **Si soy un paciente con terapia de infusión, entiendo que existen riesgos adicionales asociados con el uso de medicamentos intravenosos.** Si tengo preguntas después de hablar sobre esto con mi médico, entiendo que podría hacerle preguntas adicionales a un farmacéutico. Existen riesgos, conocidos y desconocidos, asociados con el uso de todos los equipos y suministros médicos utilizados con la administración de medicamentos y, debido a que usaré el equipo y/o los suministros en el hogar, es probable que no haya atención médica de emergencia inmediata disponible por cualquier complicación, lesión o resultado adverso que pueda ocurrir en relación con el uso del equipo o los suministros. **Entiendo que debo llamar al 911 para recibir atención médica de emergencia.**
2. **Si mi terapia requiere una bomba electrónica o mecánica,** se enviará e indicará en mi comprobante de entrega e irá acompañado de un manual de instrucciones de funcionamiento junto con información sobre las garantías aplicables.
3. Reconozco que recibiré información, como un formulario de información de garantía del equipo y/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 se me suministraron. Además, **la farmacia** me vende o alquila el producto como un servicio para mi comodidad. Entiendo que soy responsable del costo de reemplazo del equipo perdido, robado o dañado.
4. Entiendo además que todas y cada una de las representaciones con respecto al equipo son responsabilidad del fabricante y sus agentes autorizados (incluidos, entre otros, distribuidores y 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 cuales, en mi opinión, son adecuadas para permitirme operarlo correctamente sin la dirección del personal de apoyo profesional de **la Farmacia**.
5. Entiendo que, en la medida máxima permitida por la ley, **la Farmacia** no será responsable en ningún caso de ningún daño consecuente, cargos secundarios, demandas o daños que resulten de un supuesto defecto del equipo o suministros desechables. Un enfermero de atención médica en el hogar puede operar este dispositivo de infusión y seguiré sus instrucciones.
6. Si soy beneficiario de Medicare, entiendo que **la Farmacia** respeta todas las garantías expresas e implícitas en virtud de la ley estatal aplicable y no me cobrará a mí ni al programa de Medicare por la reparación o el reemplazo de los artículos cubiertos por Medicare (incluidos todos los artículos de alquiler comprados y limitados y otros artículos alquilados) o los servicios cubiertos por la garantía.

Puede encontrar una copia de este formulario en bioplusrx.com/patientforms y en su folleto de bienvenida para pacientes.

Entiendo que puedo comunicarme con la farmacia al número que aparece en la etiqueta de mi receta si tengo preguntas sobre este formulario.

HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE ESTE CONSENTIMIENTO PARA LA TERAPIA.

Nombre del Paciente (“Paciente”): _____

Firma del paciente: _____

Nombre anterior/alias/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: _____

Adjunte los documentos correspondientes en los que se otorga autorización legal para actuar en nombre del paciente.