

Consentimiento para la farmacia de especialidad (Specialty Pharmacy)

1. En este documento se reconoce que mi médico me ha recetado medicamentos y que BioPlus Specialty Pharmacy Services, LLC, una compañía de Carelton y su red de farmacias, incluidas MedScripts Medical Pharmacy, River Medical Pharmacy, Route 300 Pharmacy y Santa Barbara Specialty Pharmacy (cada una de ellas, la "Farmacia") actuarán como farmacias especializadas. La vía de administración de este medicamento se indica en la etiqueta de la receta del medicamento junto con las instrucciones de uso. He elegido voluntariamente recibir el medicamento y soy mayor de edad y estoy autorizado para ejecutar este formulario de consentimiento.
2. Entiendo que tengo otras opciones de farmacia disponibles y que tengo derecho a elegir mi proveedor de farmacia. Ciertos programas y planes médicos pueden restringir el acceso a proveedores dentro de la red, en conformidad con las leyes federales y estatales aplicables y los requisitos del programa de beneficios. Reconozco que mi tratamiento está bajo el control de mi médico; selecciono y autorizo a la farmacia a proporcionar los medicamentos y suministros que se consideren necesarios para administrar mi terapia según lo indicado por mi médico.
3. Mi médico me ha explicado mi terapia y tratamiento, las terapias alternativas disponibles y los riesgos y peligros sustanciales inherentes a esta terapia. Entiendo que puede haber instrucciones especiales o capacitación. Acepto leer las instrucciones y realizar cualquier capacitación necesaria. Acepto cumplir con las instrucciones y la capacitación brindada, y alertaré de inmediato al farmacéutico y al médico que receta sobre cualquier afección médica que pueda afectar negativamente mi salud personal o la eficacia del medicamento. También entiendo que tengo la oportunidad de hacer preguntas sobre el medicamento y que todas mis preguntas han sido respondidas.
4. Entiendo que tengo derecho a hacer cualquier pregunta y recibir respuestas durante mi participación en el programa para que comprenda completamente mi cuidado personal en el hogar. Si necesito atención de emergencia con medicamentos, debo llamar al 911.
5. Recibí información relacionada con la eliminación de desechos biomédicos, la preparación para emergencias e información sobre medicamentos.
6. Recibí una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente y una copia del Aviso sobre Prácticas de Privacidad, y entiendo estos documentos. También sé que cada vez que tenga preguntas, puedo llamar a la farmacia al número que figura en la etiqueta de la receta.
7. Debido a que estoy recibiendo medicamentos especializados, el personal de Farmacia está obligado por contrato a obtener un comprobante de la entrega. Entiendo que se me pedirá que firme la entrega que he recibido mediante el portador de entrega. Si no puedo firmar la entrega, firmaré y devolveré el albarán adjunto a mi envío.
8. Autorizo a la farmacia a facturar a mi proveedor de seguro. Entiendo que si no existe cobertura de seguro o si una aseguradora no paga, es posible que sea financieramente responsable de los cargos incurridos.
9. Varios fabricantes de medicamentos y otras entidades ofrecen programas de asistencia al paciente que brindan asistencia con el pago, incluidas, entre otras, tarjetas de copago o descuentos en los costos de ciertas terapias, recetas y medicamentos. Según corresponda, autorizo a la farmacia a tomar todas las medidas necesarias para inscribirme y registrarme en los programas de asistencia al paciente para los que soy apto con el fin de identificar y obtener dicha ayuda de pago.

10. Si tengo cobertura de seguro proporcionada a través de cualquier tipo de programas estatales, federales o financiados por el gobierno (Medicare, Medicaid, Beneficios de Salud para Empleados Federales, TRICARE, VA), no cumplo con los requisitos para participar en un programa de copago del fabricante.
11. Si tengo una cobertura de medicamentos recetados proporcionada por un pagador comercial privado y el pagador comercial ha optado por no participar en el programa de copago del fabricante, no soy apto para participar. Entiendo que es mi responsabilidad verificar con mi plan de seguro cualquier limitación que puedan tener para el uso de tarjetas de copago u otro tipo de asistencia que pueda utilizar. No aceptaré ninguna tarjeta de copago u otro tipo de asistencia si está prohibido por mi plan de seguro.
12. Las llamadas a la farmacia pueden grabarse con fines de capacitación, mantenimiento de registros y control de calidad.
13. Autorizo a BioPlus a comunicarse conmigo sobre mi tratamiento con medicamentos por correo electrónico, mensaje de texto u otras comunicaciones digitales. Si elijo no recibir comunicaciones con fines comerciales o de marketing, entiendo que BioPlus se reserva el derecho de comunicarse conmigo sobre la preparación o entrega de mis medicamentos recetados.

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/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: _____

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