



**Farmacia Benéfica
de la Hope Clinic
del condado Ross.**

610 Central Center
Chillicothe, OH 45601
Teléfono: 740-672-2095
Fax: 740-672-2096

Fecha del certificado: _____
PAP Elegible: S o N Fecha de
registro: _____
Copiado: ID e INS (si
corresponde)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Sexo Masculino Femenino Indefinido Residente de EEUU No Sí Raza/ Etnia _____ Idioma _____

**Prueba de identificación (solo 1): HAGA
UNA COPIA**

Declaración Otra: _____

Información médica

Alergias _____

Seguro de medicamentos recetados: COPIA DE MARCA privada de la Parte D de Medicare sin seguro

⌚ ¿Qué problemas de salud crónicos tiene? Presión arterial alta Colesterol alto Diabetes Depresión Ansiedad

Bipolar _____

Asma EPOC Otros ¿Qué? _____

¿Necesita que le transfieran alguna receta a la farmacia benéfica? **Sí o No**

En caso afirmativo, ¿de dónde? _____

Acceso a la asistencia sanitaria

No Sí ¿Ha estado en una sala de emergencias o atención de urgencia en los últimos 12 meses?
En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____

No Sí ¿Lo han internado en el hospital en los últimos 12 meses?
En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____

No Sí ¿Tiene un médico de atención primaria que pueda recetarle sus medicamentos?

Todo Algunas Ninguno ¿Cuántos de sus medicamentos recetados llena?

Seguridad de los alimentos

No Sí En los últimos 30 días, ¿le preocupó que su comida se agotara antes de obtener dinero para comprar más?

No Sí En los últimos 30 días, ¿se quedó sin comida sin dinero para comprar más?

En caso afirmativo, remita al paciente a Mobile Market

Referido por _____

Clínica Charitable Pharmacy of Hope – Reconocimiento, consentimiento y liberación

Con la excepción de ciertas circunstancias limitadas, la política de Hope Clinic es no divulgar información personal sobre usted o su familia sin el consentimiento por escrito de la persona o la familia. Por lo tanto, necesitamos su consentimiento por escrito para compartir su información con el fin de proporcionarle servicios a usted y/o a su familia de la manera más rápida y menos engorrosa:

Información y uso: Por la presente autorizo a Hope Clinic a compartir cualquiera de mis datos, incluidos, entre otros, mi nombre, dirección y otra información personal, con otras instalaciones médicas, organizaciones de servicios sociales y/o fabricantes farmacéuticos que participen en mi atención para coordinar los servicios. También autorizo a Hope Clinic a introducir mi información personal en una base de datos segura con fines estadísticos. Se mantendrá la confidencialidad de toda la información en el formulario.

Términos de consentimiento: Entiendo que este consentimiento está autorizado durante 365 días (12 meses) a partir de la fecha de firma a continuación, y que puedo revocar este consentimiento enviando una solicitud por escrito a Hope Clinic en cualquier momento, excepto cuando ya se hayan tomado medidas para obtener y/o divulgar dicha información. Mi firma en este comunicado indica que he leído lo anterior, o que me lo han leído, y que entiendo los términos y condiciones. He tenido la oportunidad de hacer preguntas. Si corresponde, también firmo este comunicado en nombre de mis hijos menores de dieciocho (18) años.

Práctica colaborativa: Entiendo que la Farmacia Benéfica de la Hope Clinic puede celebrar un acuerdo de práctica colaborativa con mi médico con el fin de administrar mi tratamiento farmacológico. Según lo permitido por el estado de Ohio (de conformidad con ORC4729.39) y mi médico, doy mi consentimiento para permitir que los farmacéuticos administren mi terapia farmacológica cuando corresponda, según lo indicado por mi firma a continuación. Entiendo mi derecho a optar por no participar en este programa en cualquier momento mediante la retirada del consentimiento por escrito.

Recipientes no resistentes a los niños: Reconozco que Hope Clinic puede dispensar medicamentos recetados en recipientes que no sean resistentes a los niños según los suministros disponibles.

Repositorio de medicamentos: Hope Clinic ha creado un Repositorio de medicamentos que permite la dispensación de medicamentos que fueron donados de centros de atención a largo plazo. Su firma en este formulario significa que entiende que, si recibe medicamentos de este Repositorio de Medicamentos, ni los fabricantes de medicamentos ni los donantes ni el receptor son responsables de ningún daño que se cause relacionado con la donación, aceptación o dispensación de estos medicamentos. Entiendo las disposiciones de inmunidad del Programa de Depósito de Medicamentos de conformidad con la sección 3715.872 párrafo (B) del Código Revisado de Ohio, que se aplican a los fabricantes, donantes y receptores de medicamentos. Las disposiciones de inmunidad establecen que ninguna de estas partes estará "sujeta a ninguno de los siguientes para asuntos relacionados con la donación, aceptación o dispensación de drogas bajo el programa: enjuiciamiento penal; responsabilidad extracontractual u otra acción civil por lesiones, muerte o pérdida de personas o bienes; o acción disciplinaria profesional".

Donación de medicamentos no utilizados: Entiendo que no se me permite donar ni devolver ningún medicamento una vez que haya sido retirado de la supervisión de un farmacéutico. Si el medicamento de un Programa de Asistencia al Paciente del Fabricante de Medicamentos se envía por correo a la farmacia a mi nombre, y elijo no utilizar este medicamento ya sea por la orden de interrupción de un médico o por mi salida del programa de Farmacia Benéfica, acepto donar dicho medicamento a Hope Clinic con el propósito de ayudar a otra persona necesitada. Autorizo a un representante de Hope Clinic a completar cualquier solicitud del Programa de Asistente de Paciente en mi nombre.

Certificación de determinación de elegibilidad: Reconozco que se me ha explicado la información relacionada con la elegibilidad y verifico que la información anterior es verdadera. También entiendo que he sido certificado para el período de tiempo mencionado anteriormente. Informaré cualquier cambio en el estado de mi seguro o cambio significativo en los ingresos a Hope Clinic de inmediato. Si se me ha considerado elegible para los Programas de Asistencia al Paciente, por la presente autorizo a Hope Clinic a compartir mi información, incluidos los registros de recetas, con los programas para los que califico, y su (s) designado(s), con el fin de coordinar los servicios. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento si lo hago por escrito, excepto cuando ya se hayan tomado medidas para obtener y/o divulgar dicha información. Mi firma en este comunicado indica que he leído lo anterior, o que me lo han leído, y que entiendo los términos y condiciones. He tenido la oportunidad de hacer preguntas. Si corresponde, también firmo este comunicado en nombre de mis hijos menores de dieciocho (18) años. Si yo, el firmante, no soy el paciente, certifico que he sido autorizado por el paciente para firmar esta renuncia.

Certificación de Exactitud: Doy fe de que la información que he informado en estos documentos de certificación es precisa en la medida de mis posibilidades.

Nombre del paciente (letra de molde): _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Certificación de elegibilidad

NOMBRE DEL SOLICITANTE _____

FECHA _____ DE NACIMIENTO: _____

Parte 1. Información de ingresos del participante

- Por la presente doy fe de que mi ingreso anual estimado actual de los salarios es de \$ _____
- Fuentes de ingresos adicionales, como ingresos por discapacidad del seguro social, beneficios de compensación para trabajadores, dividendos, intereses, asistencia de familiares, amigos u organizaciones benéficas, asistencia pública y/o cupones de alimentos u otras fuentes: \$ _____
- Esas otras fuentes de ingresos son: _____
- Ingresos para todos los demás que viven en mi hogar durante el mismo período de 12 meses \$ _____
- Número de personas en el hogar _____
- Ingresos totales por salarios y todas las demás fuentes \$ _____

Parte 2. Información del Seguro Médico

Por la presente doy fe de que no estoy cubierto por ningún tipo de seguro de medicamentos recetados, incluidos Medicare, Medicaid, beneficios de VA u otra cobertura. **O**

_____ Tengo un seguro que cubre las recetas, pero no puedo pagar los gastos de mi bolsillo.

Parte 3. Firma (Obligatorio)

Certifico que toda la información anterior es verdadera y precisa. Entiendo que esta información se utilizará para determinar mi elegibilidad para diferentes sitios de acceso a medicamentos utilizados por la Farmacia Benéfica de la Hope Clinic. Notificaré al personal sobre cualquier cambio en el empleo, los ingresos o el seguro antes de surtir recetas adicionales.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del personal: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO FARMACÉUTICO: compare el ingreso total de la Parte 1 anterior con la Tabla de Pautas Federales de Pobreza de 2021 a continuación. Los solicitantes deben estar en o por debajo del 300% de las Pautas Federales de Pobreza. También deben carecer de seguro o estar cubiertos por un plan sin cobertura de medicamentos recetados (=SÍ). Los pacientes con Medicaid, Medicare, beneficios de VA u otra cobertura no son elegibles para medicamentos dispensados por la Hope Clinic, pero sí califican para medicamentos donados y comprados (=NO). www.needymeds.org/fpl_calculator FPL calculado: _____

Pautas de pobreza de 2023 para los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia a partir del 16/01/2023

Elegibilidad = SÍ (acceso a todos los medicamentos=sin seguro) **O NO** (acceso a medicamentos limitado debido al sin) (marque uno)

Dirección: _____

Número de teléfono principal Número _____ de teléfono _____
secundario _____

Correo Electrónico _____

Nombre de soltera de la madre _____

Fecha: _____