

Acuerdo y Confirmación de Consentimiento del Paciente

Nombre del Paciente (nombre y apellido): _____

Solo para uso interno
N.º de RxHome _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Gracias por elegir Accredo. Esperamos poder atender sus necesidades de farmacia de medicamentos especializados. Como farmacia, tenemos la obligación de proporcionar atención de calidad, cumplir con todas las leyes y reglamentaciones, proteger su información personal de salud y brindar los servicios según sus indicaciones. Para cumplir con esas obligaciones, debemos obtener su consentimiento para algunos de los servicios que podemos ofrecer y proporcionar información para mantenerlo informado sobre sus derechos como paciente cuando utiliza nuestra farmacia.

Al firmar el acuerdo a continuación, usted confirma que le hemos proporcionado esta información y que da su consentimiento para recibir servicios de farmacia como paciente de Accredo. Tenga en cuenta que cada paciente y tratamiento es diferente, y que no todos los términos se aplicarán o serán relevantes para su situación. Póngase en contacto con Accredo si tiene alguna pregunta o inquietud.

1. CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS PROFESIONALES:

Usted tiene derecho a elegir su farmacia para recibir los medicamentos recetados y servicios profesionales, que pueden incluir consultas con farmacéuticos y personal de enfermería. Al firmar este Acuerdo y Consentimiento, acepta recibir servicios de farmacia de Accredo y de nuestros farmacéuticos y personal de enfermería. Mientras se brindan los servicios, usted autoriza a Accredo a trabajar con otros proveedores de atención médica en su nombre.

2. DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS E INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Autorizo la divulgación de cualquier información médica, o de otro tipo, necesaria para proporcionar tratamiento, servicios o productos. También solicito el pago de los beneficios gubernamentales, ya sea a mí o al tercero que acepte las asignaciones de acuerdo con la sección titulada "Asignación de Beneficios."

3. RESPONSABILIDAD FINANCIERA:

Entiendo que si el seguro no cubre un producto o servicio, o si el proveedor de seguros no paga, soy responsable de abonar los cargos incurridos. Si una bomba o un portasueros son parte del tratamiento recibido, todas las bombas y portasueros arrendados o prestados por Accredo siguen siendo propiedad de Accredo. Soy responsable de abonar el costo de reemplazo de bombas perdidas, robadas o dañadas.

4. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

Si el producto o los servicios proporcionados son pagaderos según Medicare u otro beneficio gubernamental o comercial aplicable, autorizo el pago y los beneficios médicos a Accredo por el tratamiento, los servicios y los productos suministrados por Accredo.

5. REPRESENTANTE PERSONAL:

Autorizo a Accredo a divulgar y proporcionar información sobre el tratamiento, problemas de pago y cuestiones relacionadas con la salud a las personas listadas a continuación como representantes personales del paciente:

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

Acuerdo y Confirmación de Consentimiento del Paciente

**SI RECIBIRÁ SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE ACCREDO, COMPLETE LA SECCIÓN 6 A
CONTINUACIÓN. DE NO SER ASÍ, PASE A LA SECCIÓN 7: FIRMA DEL PACIENTE.**

6. DIRECTIVAS ANTICIPADAS:

Ciertas leyes y reglamentaciones estatales exigen que Accredo le proporcione información sobre las directivas anticipadas y sus derechos. Las directivas anticipadas comunican lo que usted desea si no puede hablar por sí mismo y le quitan esa responsabilidad a su familia. Cuando usted tiene directivas anticipadas, su familia y sus médicos saben qué tratamientos desea y cuáles no. Si recibe servicios de enfermería de Accredo, puede compartir información sobre sus directivas anticipadas con nosotros para que conozcamos sus preferencias de tratamiento si no puede hablar por sí mismo. Accredo no le negará servicios si usted no comparte sus directivas anticipadas con Accredo.

CONFIRMACIÓN DE DIRECTIVAS ANTICIPADAS:

Si recibo atención de enfermería de Accredo, confirmo, además, que se me han explicado los derechos que tengo, según la ley de mi estado, para aceptar o rechazar un tratamiento médico, y mi derecho a formular directivas anticipadas con respecto a ello. Entiendo que no tengo la obligación de tener directivas anticipadas para poder recibir la atención de Accredo. Entiendo que puedo solicitar, y se me dará, material escrito sobre la elaboración de directivas anticipadas si así lo deseo. Acepto entregar a Accredo una copia de las directivas anticipadas que elabore. Informaré a Accredo sobre cualquier cambio en dichas directivas anticipadas.

He elaborado los siguientes documentos, si corresponde (marque todas las opciones que correspondan):

- Testamento vital
 - Directivas anticipadas
 - Poder notarial duradero para la atención médica:
-

- Designación de representante:
-

- No tengo directivas anticipadas.

Si desea información sobre cómo formular una directiva anticipada, puede comunicarse con CaringInfo.org o llamar al 800.658.8898.

7. FIRMA DEL PACIENTE:

Firma del paciente (o del tutor legal o padre o madre): _____

Fecha: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre en letra de imprenta de la persona que firma (nombre y apellido): _____

Solo necesario para las Directivas Anticipadas:

Nombre en letra de imprenta del testigo (nombre y apellido): _____

Firma del testigo: _____

Fecha: _____ Relación con el paciente: _____