

# Acuerdo de consentimiento y acuse de recibo del paciente

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

Gracias por elegir a WellDyne Specialty Pharmacy, esperamos satisfacer sus necesidades especializadas de farmacia. Como farmacia, tenemos la obligación de brindar atención de calidad, mantenernos en cumplimiento con todas las leyes y reglamentos, proteger su información personal de salud y prestar los servicios que usted nos indique. A fin de cumplir con esas obligaciones, se nos exige obtener su consentimiento para algunos servicios que podemos ofrecer y entregar divulgaciones para mantenerlo informado de sus derechos como paciente cuando llame al 800-641-8475 para utilizar nuestra farmacia.

Al firmar el acuse de recibo a continuación, usted indica que le hemos entregado estas divulgaciones, y que consiente a recibir servicios farmacéuticos como paciente de WellDyne Specialty Pharmacy. Nótese que hay diferencias entre cada paciente y terapia, y que no todos los términos son aplicables o pertinentes en su situación. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre estos términos, póngase en contacto WellDyne Specialty Pharmacy.

## 1. Consentimiento médico a los servicios

Usted tiene derecho a elegir la farmacia que use para recibir sus recetas y servicios profesionales, los cuales pueden incluir consultar a farmacéuticos y personal de enfermería. Al firmar este acuerdo y acuse de recibo, usted acepta recibir servicios de farmacia de WellDyne Specialty Pharmacy y nuestro personal farmacéutico y de enfermería. Al prestar servicios, usted autoriza a WellDyne Specialty Pharmacy a colaborar en su nombre con sus otros proveedores de atención médica.

## 2. Comunicación de registros médicos e información de seguros

Autorizo a comunicar cualquier información médica o de otro tipo que sea necesaria para proporcionar terapia, servicios o productos. También solicito el pago de beneficios del gobierno ya sea a mí mismo o al tercero que acepte lo cedido conforme a la sección a continuación titulada "Cesión de beneficios".

## 3. Responsabilidad financiera

Entiendo que, si no existe ninguna cobertura de seguro para un producto o servicio o si la aseguradora no paga, soy responsable económicamente de los cargos incurridos. Si una bomba o portasueros forma parte de la terapia recibida, todas las bombas y portasueros arrendados, prestados o rentados suministrados por WellDyne Specialty Pharmacy siguen siendo propiedad de WellDyne Specialty Pharmacy. Soy responsable del costo de reemplazar bombas perdidas, robadas y/o dañadas.

## 4. Cesión de beneficios

Si el producto o los servicios provistos son pagaderos conforme a Medicare u otro beneficio gubernamental o comercial correspondiente, autorizo el pago y los beneficios médicos a WellDyne Specialty Pharmacy por la terapia, los servicios y productos suministrados por WellDyne Specialty Pharmacy.

## 5. Representante personal

Autorizo a WellDyne Specialty Pharmacy para divulgar y entregar información sobre tratamiento, terapia, problemas de pago y asuntos relacionados con la salud a la(s) persona(s) indicadas a continuación como representante(s) personal(es) del paciente:

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco o relación: \_\_\_\_\_

Parentesco o relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

# Acuerdo de consentimiento y acuse de recibo del paciente

- 6. Cobertura de medicamentos recetados de medicare y sus derechos
- 7. Normas de dmeops de medicare
- 8. Derechos y responsabilidades de los pacientes
- 9. Aviso de las prácticas de privacidad
- 10. Preparación para emergencias - Vea el anexo

**Solo complete la sección 11 a continuación si va a recibir servicios de enfermería de WellDyne Specialty Pharmacy.**

De lo contrario, pase a la sección 12, Formulario de Acuse de Recibo.

## 11. Instrucciones anticipadas:

Se le exige a WellDyne Specialty Pharmacy según ciertos reglamentos estatales de farmacia entregarle información acerca de las instrucciones anticipadas y sus derechos. Las instrucciones anticipadas comunican lo que usted desea que se haga si no puede hablar por sí mismo, aliviando la responsabilidad de su familia. Cuando usted tiene instrucciones anticipadas, su familia y sus doctores saben qué tratamientos desea usted y cuáles no. Si recibe servicios de enfermería de WellDyne Specialty Pharmacy, puede comunicarnos información acerca de sus instrucciones anticipadas para que conozcamos sus preferencias de tratamiento si no pudiera expresar sus deseos. WellDyne Specialty Pharmacy no retendrá los servicios si usted no comunica sus instrucciones anticipadas a WellDyne Specialty Pharmacy.

### Acuse de recibo de las instrucciones anticipadas:

Reconozco además que se me ha dado una explicación de los derechos según la ley de mi estado para aceptar o rehusar tratamiento médico y mi derecho de formular instrucciones anticipadas al respecto. Entiendo que no se me exige tener instrucciones anticipadas a fin de recibir atención de WellDyne Specialty Pharmacy. Entiendo que puedo solicitar y se me presentará material por escrito sobre cómo formular instrucciones anticipadas, si así lo deseo. Acepto entregar a WellDyne Specialty Pharmacy una copia de las instrucciones anticipadas firmadas. Informaré a WellDyne Specialty Pharmacy si hay cambios a dichas instrucciones anticipadas.

He firmado los documentos a continuación, si corresponde (marque todo lo que corresponda):

- Testamento vital
- Instrucciones anticipadas
- Poder de duración indefinida para fines médicos
- Nombramiento de subrogante
- No tengo instrucciones anticipadas
- Quisiera recibir información sobre cómo formular instrucciones anticipadas específicas en el estado de \_\_\_\_\_

## 12. Formulario de acuse de recibo:

Firma del paciente (o tutor legal o padre/madre): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Escribir claramente el nombre del firmante: \_\_\_\_\_  
Solo es necesario para las instrucciones anticipadas: \_\_\_\_\_  
Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente: \_\_\_\_\_