**MedicareMedicare** **& Private Drug or Health Plan Assistance** **y Ayuda para Plan de Salud o Medicamentos Privados**

Consent Form Formulario de Consentimiento

**Mission** : *Senior PharmAssist promotes healthier living for Durham seniors by helping them obtain and better manage needed medications and by providing health education, community referral, and advocacy. Senior PharmAssist is not a prescriber and does not prescribe medications.* **Misión:** *“Senior PharmAssist” es un programa que promueve una vida más saludable para las personas de la tercera edad de la ciudad de Durham, ayudándoles a obtener y a administrar de una mejor forma los medicamentos necesarios, ofreciéndoles educación para la salud, orientación sobre el seguro Medicare, remitiéndoles con médicos de la comunidad y además brindándoles apoyo. “Senior PharmAssist” no es un médico y no receta medicamento.*

YoI certify that I am a Durham certifico que soy residente del condado de Durham y cuento con Medicare Parte A y/o Parte B. Solicito la ayuda de “Senior PharmAssist”para escoger un fármaco o plan de salud aprobado por Medicareplan , and I acknowledge that I understand and agree to the followin y manifiesto que comprendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. 1. Senior PharmAssist “Senior PharmAssist”me ayudará a tener una idea clara referente al medicamento y/o sobre los beneficios de salud disponibles para mí. Medicare -approved Mis medicamentos pueden ser cambiados con el transcurso del tiempo al igual que pueden cambiar los planes de salud y de medicamentos aprobados por Medicare. “Senior PharmAssist”me ayudará a buscar, dentro de los planes de salud y de medicamentos aprobados por Medicare, uno o dos planes que mejor se adapten a mis necesidades actuales.

2. 2. I do not hold Senior PharmAssist responsible for the decision to join or not join a particular Medicare-approved drug or health plan or other decisions I may make about my health or prescription drug coverage . No haré responsable a “Senior PharmAssist”por la decisión de afiliarme o no afiliarme a un plan de salud o de medicamentos en particular aprobados por Medicare o por cualquier otra decisión que yo tome sobre mi cobertura de salud o de medicamentos prescritos. Comprendo que “Senior PharmAssist”no es responsable por los problemas que surjan relacionados a estos planes administrados privadamente.

3. 3. Senior PharmAssist “Senior PharmAssist”probablemente se comunique con Medicare, con agencias estatales, y/o compañías de seguro de salud con el fin de verificar y/o poner en claro mi elegibilidad con respecto a los planes de salud y de medicamentos prescritos.

4. 4. Senior PharmAssist and participating pharmacies may share information concerning my medication use and health status (protected health information) with each other, my doctor or other health care providers, and my caregiver En el caso de que haya alguna preocupación por mi bienestar “Senior PharmAssist” y las farmacias participantes pueden compartir entre si la información concerniente al uso de mis medicamentos y sobre el estado de salud (información de salud protegida), con mi médico u otros profesionales de la salud y con la persona encargada de mis cuidadosif they are concerned about my well-being..

5. 5. I have the right to ask for a correction in the medical record on file at Senior PharmAssist . I may also request a copy of this medical record. Senior PharmAssist has 30 days to respond to my request and I will reimburse the program its cost for copying my medical record. La información juntada acerca de mí por “Senior PharmAssist” es considerada historial médico. Tengo derecho de solicitar correcciones en el expediente médico archivado con “Senior PharmAssist”y también puedo pedir una copia de dicho expediente médico. “Senior PharmAssist” tiene 30 días para responder a mi petición. Yo entiendo que me pedirán reembolsar a “Senior PharmAssist” si solicito las copias de mi expediente médico.

6. 6. La información que se recabe en entrevistas y en las evaluaciones de fármacos, Senior PharmAssist “Senior PharmAssist”may use information gathered in interviews and medication reviews for its program, research, and reports. M y name will be kept confidential and will not be used in public reports . la puede utilizar para su programa y reportes. Mi nombre se mantendrá confidencial y no se usará en informes públicos. T he information will be used only for healthcare purposes and possible reimbursement. La información se utilizará únicamente para fines de cuidados de salud y probabilidad de reembolso.

7. 7. If I feel that my protected health information has been shared without my permission for purposes other than treatment, payment or continuing healthcare operation, I can file a complaint with Senior PharmAssist and/or the US Office of Civil Rights - [www.hhs.gov/ocr/hipaa](http://translate.google.com/translate?hl=en&prev=_t&sl=en&tl=es&u=http://www.hhs.gov/ocr/hipaa) or call (866)627-7748; US DHHS, 200 Independence Ave, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201 . Si creo que mi información de salud protegida ha sido compartida para fines distintos de tratamiento, pago o negociación continua para atención médica, sin mi autorización, puedo presentar una queja ante “PharmAssist Senior” y/o a la Oficina de los Derechos Civiles - [www.hhs.gov/ ocr / hipaa](http://translate.google.com/translate?hl=en&prev=_t&sl=en&tl=es&u=http://www.hhs.gov/ocr/hipaa) o llamar al (866) 627-7748; US DHHS, 200 Independence Ave., SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201.

**Medicare & Private Drug or Health Plan Assistance MedicareMedicare** **& Private Drug or Health Plan Assistance** **y Ayuda para Plan de Salud o Medicamentos Privados**

Consent Form Formulario de Consentimiento

9. 9. I will be given a copy of this signed consent for m for my records. Se me entregará una copia de este consentimiento firmado para mis archivos.

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ Firma: Firma:

(Caregiver) (Persona encargada de los cuidados)

Na me (PRINT): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ Nombre: Nombre

(LETRA DE MOLDE) Name (PRINT): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ (Persona encargada de los cuidados)

(LETRA DE MOLDE) Name (PRINT): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_

(Caregiver)

Dat e: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ Fecha Testigo:

Address: Dirección: Phone: Teléfono:

Password Date: Fecha de la Contraseña:

PDP ID #: PDP ID #: