

## **“Senior PharmAssist” CONSENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE**

**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.*

- Yo certifico que soy residente del Condado de Durham y tengo 60 años de edad o más.
- Comprendo que la entrevista para elegibilidad y la revisión de los medicamentos durará aproximadamente 1 ½ horas.
- Si califico para ayuda económica de “Senior PharmAssist”, manifiesto que comprendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:
  1. “Senior PharmAssist” probablemente se comunique con otras agencias de servicios sociales, agencias estatales y/o compañías de seguro de salud con el fin de verificar mi elegibilidad para el programa.
  2. En caso aplicable, compartiré, información con “Senior PharmAssist” relacionada con mi elegibilidad para apoyo económico de “Senior PharmAssist” y para los subsidios por medicamentos recetados bajo Medicare.
  3. “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, con la persona encargada de mis cuidados y con las personas nombradas como contacto de emergencias al reverso de esta forma de consentimiento. Esto puede incluir compartir o recabar información a través de historiales médicos electrónicos.
  4. Si el personal no puede comunicarse conmigo o está preocupado por mi bienestar, “Senior PharmAssist” puede comunicarse con las personas que he anotado en esta forma como mis contactos de emergencia.
  5. Para cancelar citas, “Senior PharmAssist” necesita recibir notificación por lo menos con 24 horas de anticipación. Cancelaciones múltiples o no asistir a citas podría descalificarme de obtener ayuda financiera. .
  6. La información juntada acerca de mi por “Senior PharmAssist” es considerada historial médico. Yo tengo el derecho de pedir una corrección del historial médico en los archivos de “Senior PharmAssist” y además puedo pedir una copia de este historial médico. “Senior PharmAssist” tiene 30 días para responder a mi petición. Yo entiendo que me pedirán reembolsar a “Senior PharmAssist” si solicito una copia de mi historial médico.
    7. “Senior PharmAssist” podrá utilizar la información recabada en entrevistas, en las evaluaciones de fármacos y en los historiales médicos electrónicos para su programa y reportes. Mi nombre se mantendrá confidencial y no se usará en informes públicos. La información se utilizará únicamente para fines de cuidados de salud y probabilidad de reembolso.
  8. 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://www.hhs.gov/ocr/hipaa) o llamar al (866) 627-7748; US DHHS, 200 Independence Ave., SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201.
  9. Se me entregará una copia de este consentimiento firmado para mis archivos.

Firma del Participante

---

Escriba su Nombre con  
Letra de Molde

---

Fecha

---

Firma de la Persona Encargada de los Cuidados

---

Escriba con Letra de Molde el Nombre  
de la Persona Encargada de los Cuidados

---

Testigo

---

### Contactos de Emergencia

Declino Compartir  
Información Privada de Salud

¿Poder Legal?  
¿Poder Legal de Salud?

---

Nombre	Teléfono	Parentesco
--------	----------	------------

---

Nombre	Teléfono	Parentesco
--------	----------	------------

---

Nombre	Teléfono	Parentesco
--------	----------	------------