

## Medicare y Ayuda para Plan de Salud o Medicamentos Privados

### Formulario de Consentimiento

**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 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 Medicare y manifiesto que comprendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. “Senior PharmAssist” me ayudará a tener una idea clara referente al medicamento y/o sobre los beneficios de salud disponibles para mí. 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. 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. “Senior PharmAssist” probablemente se comunice 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. 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 cuidados.

5. 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. La información que se recabe en entrevistas y en las evaluaciones de fármacos, “Senior PharmAssist” la puede utilizar 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.

7. 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.

**Medicare y Ayuda para Plan de Salud o Medicamentos Privados**  
**Formulario de Consentimiento**

9. Se me entregará una copia de este consentimiento firmado para mis archivos.

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

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

(Persona encargada de los cuidados)

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

Nombre \_\_\_\_\_

(LETRA DE MOLDE)

(Persona encargada de los cuidados)

(LETRA DE MOLDE)

Fecha \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Dirección:

Teléfono:

Fecha de la Contraseña:

PDP ID #: