

## **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 la remisión medica en la comunidad y la revisión de los medicamentos durará aproximadamente una hora y media.

Al participar en el programa “Senior PharmAssist” manifiesto que comprendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. “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.
2. 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.
3. La información juntada acerca de mí 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.
4. 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.
5. 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.
6. Se me entregará una copia de este consentimiento firmado para mis archivos.

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

Firma: \_\_\_\_\_  
Persona Encargada de los Cuidados

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

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

Fecha: \_\_\_\_\_

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