

PROGRAMA DE AYUDA PARA MEDICINAS

Telefono: 805-614-2040
Fax: 805-614-2010
Oficina Principal: 506 E. Plaza Dr. #5
Santa Maria, CA 93454
www.apameds.org



Primer Nombre: _____ Segundo Nombre _____ Apellido: _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip: _____

Numero Teléfono (_____) _____ Celular(_____) _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____ Seguro Social _____

Si no tiene número de Seguro Social puede proveer su tarjeta de Matricula Consular, Pasaporté, Tarjeta de Residencia Permanente o Numero de ID para su Declaración de Impuestos No Si

Por nuestra cuenta, su estado migratorio nunca será divulgado.

Nombre de persona para llamar en caso de una emergencia: _____

¿Le podemos dar información acerca de su caso? Si No Tel: (_____) _____

¿Cómo escucho de nuestro programa o quien lo refirió? _____

¿Nos podemos comunicar con usted por correo electrónico (email)? Si No

Dirección de correo electrónico (e-mail): _____

Género: Femenina Masculino Estado Matrimonial: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a
Etnicidad: Latino/a Hispano/a Mixteco Nativo/a Americano/a Blanco/a Otro (a): _____

¿Indique los ingresos financieros de su hogar?: Incluya la cantidad mensual (en bruto). Si está casado también indique el salario de su esposa, pensiones, beneficios del seguro social, incapacidad, desempleo, e ingresos de propiedades o cualquier ayuda financiera \$ _____ por mes.

¿Cuántos dependientes (hijos e hijas) tiene viviendo en tu hogar (menores de 18 años) # _____

¿Tiene seguro médico Si No Si tiene seguro médico, por favor presente sus tarjetas

¿Qué tipo de seguro tiene?: _____

¿Le cubre sus medicamentos? Si No

¿Cuánto gasta pagando sus recetas cada mes? \$ _____ por mes.

¿Tiene seguro médico de Medicare? Si No

Si contesto si, cuales tiene: A B C D (Parte D es para medicinas) Si tiene Parte D ¿Cuánto ha gastado en sus recetas desde enero hasta hoy? \$ _____.

Apunte sus medicamentos o incluya copias de sus recetas. Si necesita más espacio escriba atrás.

Nombre: _____ Dosis: _____ Doctor: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Doctor: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Doctor: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Doctor: _____

¿Cuáles son sus enfermedades / diagnostico(s)?:

¿Tiene usted alergia (s) Si No

Si contesto si, cuales son: _____

Reconocimiento del Solicitante
LEA ANTES DE FIRMAR

La Alianza para acceso a productos farmacéuticos (APA), es una organización sin fines de lucro, que proporciona apoyo gratuito a personas en nuestra comunidad que no tienen los recursos económicos para comprar las medicinas necesarias para restaurar y mantener salud y el bienestar. En consideración para la aceptación de servicios realizados por APA reconozco:

1. Permitir que APA, preste servicios en mi nombre para la adquisición de medicamentos prescritos por mi doctor.
2. Entiendo que APA, sólo facilitara el proceso de aplicación. Entiendo que APA, no es clinica médica, ni una farmacia/farmacéutico. Además, entiendo que debo tomar mis medicamentos dirigidas por mi doctor. Voy a consultar a mi médico o farmacéutico sobre cualquier duda que pueda tener con respecto a mi condición, medicamentos o receta medicamentos.
3. También entiendo que existen riesgos potenciales acerca de mis medicamentos recetados de los cuales puedo actualmente no estar enterado.

RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

En consideración para la aceptación de servicios realizados por APA, en mi nombre, mis representantes personales, herederos, familiares, sucesores: Renuncio, y libero a APA, Inc. y sus oficiales y empleados de cualquier y toda negligencia y responsabilidad en caso de mi muerte, discapacidad o lesiones personales, daños de propiedad, robo de propiedad o reclamaciones de cualquiera naturaleza como consecuencia directa o indirecta de los servicios prestados por APA. Indemnizo de cualquier daño a APA, y sus oficiales y empleados de cualquier reclamo incluyendo, costos, gastos y honorarios derivados que resultan de servicios prestados por APA, Inc.

El abajo firmante, afirma que tiene por lo menos 18 años de edad y que libremente firma este acuerdo y que a leído este formulario y entendie que al firmar esta renunciando derechos legales de consecuencia de servicios prestados por APA. He tenido la oportunidad de revisar esto de tanto aquí como fuera de la presencia de APA, Inc. y elijo firmar por mi propia voluntad. Estoy de acuerdo en que si cualquier parte se anulara, el resto continuará en vigencia jurídica plena.

Nombre

Fecha

HIPAA AUTHORIZATION

I hereby authorize use or disclosure of protected health information about me as described below. The following specific person/s or facility staff is authorized to use or disclose and receive medical information about me:

Alliance for Pharmaceutical Access, Inc. (APA)
Health Advocates in San Luis Obispo and Santa Barbara Counties.

The specific information that should be disclosed is:

This authorization will give Alliance for Pharmaceutical Access, Inc. (APA) Health Advocates the ability to communicate on your behalf with any pharmaceutical company, business, organization, and/or individual in order to verify enrollment status for the Patient Assistance Programs and/or checking on your medication re-order status. By signing this form, you are giving authorization to APA to use your personal information in facilitating and completing your patient assistance application/s.

Patient's Name

Date of Birth

Patient's Signature

Date

Authorized Representative's Name (print name) _____

Relationship: Patient Advocate Phone Number: 805-614-2040 EIN: 20-3117940

Authorized Representative's Signature: _____ Date: _____