

Términos de Servicio

Cada paciente debe completar este formulario. Por favor, lea atentamente y agregue sus iniciales a cada sección. Sus iniciales significan que ha leído, comprendido y aceptado cada declaración.

_____ **Términos para calificar para el servicio**

Reconozco que los términos relativos a calificar para recibir servicio en St. Vincent de Paul Pharmacy se me han sido explicados y los entiendo. También entiendo que he sido certificado para un periodo de doce (12) meses, y entiendo que se necesitara volver a verificar si califico para recibir servicio en la Farmacia después de esa fecha si gusto seguir recibiendo medicamentos.

_____ **Acuerdo de Cambio de Información**

Atestiguo que la información que presente es verdadera a lo mejor de mi conocimiento y inmediatamente informaré a SVdP Pharmacy de cualquier cambio de dirección, cambio de estado de mi seguro, o nuevo ingreso financiero que reciba. Entiendo que cualquiera de estos cambios puede afectar si sigo calificando para el servicio en la farmacia o no.

_____ **Consentimiento y Descargo de Responsabilidad**

Entiendo que cualquier información que proporcione a SVdP Pharmacy se mantendrá confidencial. Sin embargo, autorizo a SVdP Pharmacy el poder de compartir mi información, que incluye pero no se limita a mi nombre, dirección y otra información personal, con otras instalaciones médicas y / o fabricantes de productos farmacéuticos que participan en mi cuidado para coordinar mis servicios. También autorizo a SVdP Pharmacy para que comparta mi información, incluyendo los registros de elegibilidad y prescripción, con cualquier Pharmaceutical Manufacturers Patient Assistance Program(s), o la persona designada por ellos, para cual califico, con fines de auditoría. Entiendo que este consentimiento está autorizado para un periodo de doce (12) meses a partir de la fecha en que se firma esta pagina, y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a SVdP Pharmacy, excepto cuando ya se hayan tomado medidas para obtener y / o liberar tal información.

_____ **Permiso para Divulgar Información para ver si Califico para Programas de Asistencia al Paciente**

También autorizo a que St. Vincent de Paul Pharmacy use mi información, incluyendo los registros de recetas, para ayudarme a encontrar cualquier Programa de Asistencia al Paciente a cual califique, a fin de ayudarme a acceder a estos programas y para coordinar mis servicios.

Con mi firma, indico que estoy de acuerdo en general con los términos y condiciones de servicio en la farmacia St. Vincent de Paul Pharmacy. Si el paciente es menor de 18 años, firmo como su guardian legal.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha** _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del Guardian _____ **Fecha** _____

(si el paciente es menor de 18 años de edad)