

**Consentimiento para recibir terapia**  
**(Therapy Consent)**

1. Esto reconoce que mi médico me ha recetado medicamentos y que **BioPlus Specialty Pharmacy Services, Inc.** y su red de farmacias **MedScripts Medical Pharmacy, River Medical Pharmacy or Route 300 Medical Pharmacy** (cada “**Farmacia**”) servirá como la farmacia médica. La ruta de administración de este medicamento se indica en la etiqueta de la receta del medicamento junto con las instrucciones de uso.
2. Me han informado de las opciones disponibles de farmacia y selecciono a **Farmacia** como mi farmacia de especialidad. Me han informado de las opciones disponibles de farmacia y selecciono a **Farmacia** como mi farmacia de especialidad. Reconozco que mi terapia está bajo control de mi médico y autorizo a **Farmacia** a que proporcione los medicamentos y suministro que considere necesarios para administrar mi terapia, según lo ordenó mi médico.
3. Mi médico me explicó mi terapia y tratamiento, las terapias alternativas disponibles y los riesgos sustanciales y peligros inherentes con esta terapia. Entiendo que puede haber instrucciones especiales o capacitación. Acepto leer las instrucciones y completar cualquier capacitación necesaria. Acepto seguir las instrucciones y la capacitación proporcionadas.
4. Entiendo todos los aspectos del autocuidado en casa y entiendo que tengo el derecho de hacer cualquier pregunta y de recibir respuestas durante mi participación en el programa. **Me dieron la instrucción de llamar al “911” para obtener atención médica de emergencia.**
5. Recibí información sobre la eliminación de desechos biomédicos, la preparación en caso de emergencia e información sobre medicamentos.
6. Recibí una copia de los Derechos y responsabilidades del paciente y una copia del Aviso de Prácticas de privacidad y entiendo estos documentos.  
Además sé que en cualquier momento en que tenga alguna pregunta, puedo llamar a la **Farmacia** al 1- 866-514-8082.
7. Varios fabricantes de medicamentos y otras entidades ofrecen programas de asistencia para el paciente, que proporcionan asistencia para los pagos, incluyendo, entre otros, tarjetas de copago o reducciones de costos para ciertas terapias, recetas médicas y medicamentos. Autorizo a **Farmacia** para que tome todas las medidas necesarias para inscribirme y registrarme en los programas de asistencia para el paciente que correspondan, para los cuales estoy calificado para los fines de identificar y obtener dicho apoyo de pago.
8. Debido a que estoy recibiendo medicamentos de especialidad, se requiere por contrato que **Farmacia** obtenga una prueba de entrega. Entiendo que me pedirán que firme la entrega por medio del portador de la entrega. Si no puedo firmar la entrega, firmaré y devolveré la boleta del paquete adjunta con mi envío.
9. Si usted tiene cobertura de seguro proporcionada a través de cualquier tipo de programa financiado de manera estatal, federal o gubernamental, (Medicare, Medicaid, Beneficios médicos para los empleados federales, TRICARE, VA), usted no es elegible para participar en el programa de Copago. Declaro que mi plan de seguro no es un plan de seguro estatal, federal, ni gubernamental, como Medicare, Medicaid o Tricare.

Rev 6/2018

10. Las llamadas a la farmacia pueden registrarse para fines de capacitación, mantenimiento de registros y garantía de calidad.
11. Si su cobertura de medicamentos con receta médica la proporciona un pagador comercial privado y el pagador comercial ha optado por salir del programa de copago (Co-pay Program), usted no es elegible para participar. Entiendo que es mi responsabilidad verificar con mi plan de seguro sobre cualquier limitación que puedan tener para el uso de tarjetas de copago u otra ayuda que yo pueda usar. No deberé aceptar ninguna tarjeta de copago o de otra ayuda si mi plan de seguro lo prohíbe.

Comuníquese con la Farmacia llamando al 1- 866-514-8082 si tiene alguna pregunta sobre este formulario.

LEÍ Y ENTENDÍ COMPLETAMENTE ESTE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TERAPIA.

Nombre del paciente (“Paciente”):	
Firma del paciente :	
Nombre anterior/alias/apellido de soltera (si corresponde):	
Fecha de nacimiento:	
Fecha en que se firmó :	
Nombre del representante personal (si corresponde):	
Firma del representante personal (si corresponde):	
Descripción de la autoridad del representante personal:	

Rev 6/2018

**BioPlus Specialty Pharmacy** 376 Northlake Blvd., Altamonte Springs, FL 32701  
**MedScripts Medical Pharmacy** 1325 Miller Rd. Suite K, Greenville, SC 29607  
**River Medical Pharmacy** 4752 Research Drive, San Antonio, TX 78240  
**Route 300 Pharmacy** 1208 Route 300 Suite 103, Newburg, NY 12550

**SI ESTÁ CON TERAPIA DE INFUSIÓN, LEA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN**

**Si soy un paciente de infusión**, entiendo que hay riesgos adicionales asociados con el uso de medicamento por vía intravenosa y mi médico me ha informado sobre esos riesgos.

**Si mi terapia requiere una bomba electrónica o mecánica**, se enviará y se indicará en mi boleta de entrega y estará acompañada de un manual de instrucciones de funcionamiento junto con información sobre cualquier garantía que corresponda. Reconozco que recibí información, como un formulario de información de garantía del equipo y/o una página de información de garantía en mi manual de instrucciones de funcionamiento, sobre cualquier garantía que pueda cubrir las bombas, los dispositivos y otros artículos que me brindaron. Además, **Farmacia** me está vendiendo o rentando el producto como un servicio para mi conveniencia. También entiendo que cualquier y toda representación sobre el equipo es responsabilidad del fabricante y sus agentes autorizados (incluyendo, entre otros, a distribuidores y técnicos de servicio autorizados). Recibí instrucciones sobre el funcionamiento y el mantenimiento menor relacionado del equipo y leí las instrucciones de funcionamiento, las cuales, en mi opinión, son adecuadas para permitirme ponerlo a funcionar apropiadamente sin la instrucción del personal de apoyo profesional de **Farmacia**. Entiendo que, en la máxima medida permitida por la ley, **Farmacia** no será responsable en ningún caso, de cualquier daño consecuente, cobros secundarios, demandas judiciales, ni daños como resultado de un supuesto defecto del equipo o de los suministros desechables. A Un enfermero de atención médica en el hogar puede poner a funcionar este dispositivo de infusión y yo seguiré sus instrucciones. Si soy beneficiario de Medicare, entiendo que **Farmacia** respeta todas las garantías expresas e implícitas bajo la ley estatal correspondiente y no me cobrará a mí ni al programa Medicare por la reparación o reemplazo de los artículos que cubre Medicare (incluyendo todos los artículos comprados y rentados cubiertos y otros artículos rentados) ni servicios cubiertos bajo la garantía.

Mi médico explicó que hay riesgos, conocidos y desconocidos, asociados con el uso de todo el equipo médico y suministros que se usan con la administración de medicamentos y debido a que usaré el equipo y/o suministros en casa, probablemente no haya disponible atención médica inmediata en caso de emergencia por cualquier complicación, lesiones o resultados adversos que puedan ocurrir relacionados con el uso del equipo o de los suministros.

**Comuníquese con la Farmacia** llamando al 1- 866-514-8082 si tiene alguna pregunta sobre este formulario.

LEÍ Y ENTENDÍ COMPLETAMENTE ESTE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TERAPIA.

<b>Nombre del paciente (“Paciente”):</b>	
<b>Firma del paciente :</b>	
<b>Nombre anterior/alias/apellido de soltera (si corresponde):</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Fecha en que se firmó :</b>	
<b>Nombre del representante personal (si corresponde):</b>	
<b>Firma del representante personal (si corresponde):</b>	
<b>Descripción de la autoridad del representante personal:</b>	

**Rev 6/2018**