



Formulario de Alistamiento

Esta usted alistado en un programa de Prescripción? (*Elija uno*) No Si

Esta usted alistado en el Programa Epic? (*Elija uno*) No Si

Nombre: _____
(*Por Favor Escriba Claramente*) Apellido Nombre

Dirección: _____
Numero Calle Numero de apartamento Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: (_____-_____-_____) (*Para llamar le cuando llega la medicina*)

Otros Telefonos:

Celular: (_____-_____-_____) Pariente/Amigo: (_____-_____-_____) _____

Fecha De Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: ____-____-_____
Día/ Mes/ Año

Estado Marital (*Elija uno*): Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a
Viudo/a

Sexo (*Elija uno*): masculino femenino

Numero de Habitantes en la casa: _____ Seguro Médico Primario: _____

Medio de Ingreso: Salario Soporte Familiar Pensión por separación Pensión
Seguro Social de Incapacidad Seguro Social de Retiro Ninguno
Otro: _____

Ingreso Mensual: \$ _____

Eres un veterano/a? No Si Estas incapacitado? No Si

Ethnicidad (*Elija uno*): Afro-Americano Caucasico Hispano/a
Nativo Americano Oriental Otro

Yo, (*paciente*) soy alérgico/a ha _____ Condición crónica: _____

Nombre del Doctor: _____

Por favor marque con sus iniciales el cuadro apropiado (Estas no son condiciones para participar)

Yo le permito a mi proveedor discutir cualquier progreso en mi salud como resultado de mi participación en el programa.

Yo estoy de acuerdo en participar en encuestas relacionadas con mi experiencia con el Programa de Asistencia Farmacéutica.

****Esta información solamente será usada para el programa de asistencia farmacéutica****

Fecha

ACN-PAP sólo puede procesar prescripciones escritas por médicos en el personal médico de NYPH



Yo, _____ consiento ser parte del Programa de Asistencia
(*Letra de imprenta*)

Farmacéutica. Yo entiendo completamente la naturaleza del programa y me acogeré a las líneas de las responsabilidades del paciente que me han dado.

Firmando este consentimiento yo autorizo al personal de ACN-PAP a compartir la información que yo proveo en este formulario con la compañía farmacéutica con el solo propósito de obtener mi medicamento por medio de su Programa de Asistencia Farmacéutica. ACN-PAP no se hace responsable de mantener y distribuir los medicamentos por más de 90 días después de haber sido notificado el paciente de su existencia.

Yo también entiendo que ACN-PAP requiere de prueba de ingreso o un estado de beneficios para proveer la elegibilidad, y firmando este consentimiento yo doy el permiso a ACN-PAP de obtener esta prueba de ingreso o estado de beneficios de mi doctor o mi clínica de cuidados de mi salud.

Además yo autorizo al coordinador del programa ACN-PAP firmar y fechar toda documentación/formularios que serán enviados a cualquier compañía farmacéutica que este participando. El papel de ACN-PAP debe de ser limitado a funciones administrativas y el poder signatario en referencia a la elegibilidad de formas que serán sumitidas a las compañías farmacéuticas participantes para medicamentos.

Yo entiendo que firmando esta forma de consentimiento automáticamente no cualifico para recibir medicamentos de las compañías farmacéuticas, las cuales tienen sus propias líneas de guías.

(Firma del paciente)

Fecha

POR FAVOR AGREGUE

1. Una receta original del doctor para el nombre comercial del medicamento
2. Prueba de ingreso del paciente o familiar que lo/a soporta
3. Una copia de la tarjeta de Medicare (*si aplica*)



Responsabilidades del Paciente

- * La aplicación debe de ser llenada completamente
- * Pida recetas originales a su doctor
- * Una copia de su tarjeta de Medicare (*si tiene una*)
- * Necesitamos prueba de ingreso:
 - Copia de la Cuenta de Seguridad Social, Pensión, Compensación del trabajo
○
 - Copia de Pago de empleo (*2 o 3 pagos siguiente*)
○
 - Carta de soporte de familiar o amistad

- * Si usted no tiene prueba de ingreso, por favor pida cualquier prueba de ingreso de la lista arriba de la persona quien le está dando soporte/mantenimiento

- * Cuando usted tenga solamente **30 días** de su medicina, debe llamar a su **doctor** o **punto de contacto** y que se lo rellenen. Ellos nos llamaran para pedir su orden. **La farmacia no tiene sus medicamentos hasta que ACN-PAP lo ordena.**

DELE ESTE DOCUMENTO AL PACIENTE,
GRACIAS.