



# Mail-Meds Clinical Pharmacy Formas de Inscripción

## Información General

Fecha de hoy

Nombre del Paciente

Primer nombre

Apellido

¿Indique el nombre por el cual desea ser llamado?

Si otra persona lo esta asistiendo a completar esta forma, por favor indique su nombre aquí

Primer nombre

Apellido

¿Cuál es su fecha de nacimiento?

¿Cuál es su sexo de nacimiento?

- Masculino    Femenino    No asignado

Indique el número de teléfono donde podemos contactarlo.

Indique que clase de numero de teléfono es éste

- Teléfono celular    Teléfono del hogar  
 Trabajo    Otro

Por favor indique a quien pertenece este numero de teléfono

¿Tiene usted alguna alergia a medicamentos?

- Si    No

Por favor escriba si tiene alergias en el espacio provisto.

¿Cuál es su número de Seguro Social?



**Nombre del Paciente**

Primer nombre

Apellido

**¿Cuál es la dirección de su hogar actual?**

Dirección 1

Dirección 2

Ciudad

Estado

Código Postal

**Por favor escriba su número de licencia de conducir**



## Preferencia de Comunicación

### Nombre del Paciente

Primer nombre

Apellido

### ¿Como desea ser contactado?

- Teléfono celular    Teléfono del hogar  
 Trabajo    Otro

**¿De no poder contestar la llamada, podemos dejar un mensaje con el nombre de la persona a contactar y un número de teléfono donde devolver la llamada?**

Si    No

**Mail-Meds Clinical Pharmacy puede entregar sus medicamentos e información sobre sus medicamentos**

Si    No

**¿Donde desea que se entreguen sus medicamentos e información sobre sus medicamentos?**

Hogar    Trabajo    Oficina Medica    Otro

### Si seleccionó otro, por favor indique la dirección de su entrega

Dirección 1

Dirección 2

Ciudad

Estado

Código Postal

**¿Tiene alguna persona que podamos contactar en caso de emergencia?**

- Si  
 No- Declino proveer un contacto de emergencia

**¿Cuál es el nombre de su contacto de emergencia?**

Primer nombre

Apellido

**¿Cuál es su relación con su contacto de emergencia?**

i.e. compañero, padre, amigo

**¿Cuál es el número de teléfono de su contacto de emergencia?**

**¿Tiene alguna persona encargada de su cuidado?**

Si    No

**¿Cuál es el nombre de la persona encargada?**

Primer nombre

Apellido



**Nombre del Paciente**

Primer nombre

Apellido

**¿Cuál es su relación con su contacto de emergencia?**

**¿Cuál es el número de teléfono de su contacto de emergencia?**

**Utilice el espacio provisto para indicar el nombre, apellido, relación y número de teléfono de las personas a quien usted nos autorizada a compartir y liberar su información**

**¿Tiene un manejador de caso?**

Si  No

**¿Cuál es el nombre de su manejador de caso?**

**A pesar de que los mensajes de SMS/texto enviados de manera remota están usualmente encriptado por el portador: podrían ser interceptados y descifrados. Los mensajes de texto residen en un dispositivo móvil y portador de servicios indefinidamente en donde la información podría estar expuesta a otros terceros no autorizados debido a robo, perdida o reciclaje del dispositivo. Al marcar SI arriba usted entiende que los mensajes de texto no son una forma segura de comunicación. Por favor apruebe o deniegue el siguiente consentimiento.**

Yo consiento a recibir mensaje SMS/ texto de parte de Mail-Meds Clinical Pharmacy.

Yo no consiento a recibir mensajes de SMS/ texto.

**Por favor escriba su número de teléfono celular si desea recibir mensajes de texto.**



**Nombre del Paciente**

Primer nombre

Apellido

**Quando enviamos información protegida via email se estará usando un servicio de correo electrónico encriptado la cual es una manera segura de comunicación. Existe el riesgo de que la información de su salud u otra información sensitiva confidencial contenida en el correo electrónico pueda identificarlo a usted si el correo electrónico es erróneamente dirigido, divulgado o interceptado por terceras personas no autorizadas. Nosotros utilizaremos la cantidad mínima necesaria de su información protegida de salud en cualquier comunicación. Nuestro primer correo electrónico que le estaremos enviando será para verificar la dirección de correo electrónico que usted nos proveyó.**

Consiento a recibir a recibir correos electrónico por parte de Mail-Meds Clinical Pharmacy.

No deseo recibir correos electrónicos

**Por favor escriba su dirección de correo electrónico si desea recibir correos electrónicos**

**Al firmar en el espacio provisto yo certifico que toda la información provista es cierta y correcta al mejor de mi conocimiento. Yo autorizo a Mail-Meds Clinical Pharmacy a utilizar toda la información provista para comunicarse conmigo mediante los métodos provistos indicados arriba. Por favor firme abajo.**

**Fecha**



## Cuestionario de Servicios y Preferencias de Farmacia

### Nombre del Paciente

Primer nombre

Apellido

### ¿Qué lenguaje habla más frecuentemente con sus amigos y familiares?

- Español  Inglés  Creole  Otro

### ¿Desea tener un intérprete presente que le asista para explicarle en detalle los servicios que provee la farmacia?

- Sí  No

### ¿En qué lenguaje le gustaría que se impriman las etiquetas de sus recetas y los materiales educativos de medicamentos?

- Inglés  Español  Creole  Otro

### ¿Tiene usted alguna dificultad visual que requiera etiquetas impresas en letras grandes o etiquetas habladas?

- Sí, deseo información impresa en letras grandes  
 Sí, deseo etiquetas habladas  
 Sí, deseo recibir ambas información impresa en letras grandes y etiquetas parlantes  
 Sí, deseo la información impresa en alfabeto braille  
 No tengo ninguna dificultad visual

### Por favor especifique en que lenguaje desea que se impriman sus etiquetas en los frascos de medicamentos y el material educativo de medicamento

### ¿Tiene usted la capacidad de leer y entender las direcciones en una botella de medicamento?

- Sí  No

### Por favor describa si no

### ¿Cuales son sus pronombres preferidos?

- El, Lo, Ellos  
 Ella, La, Ellas  
 Ellos, Los

### ¿Cuál es su identificación de género?

- Masculino  
 Femenino  
 Hombre trans (femenino a masculino)  
 Mujer trans (masculino a femenino)  
 Nobinario  
 Otro  
 Declino a contestar

**¿Cual es su orientación sexual?**

- Heterosexual
- Gay
- Lesbiana
- Bisexual
- Pansexual
- Asexual
- Otro

**Por favor autoidentifíquese**

**¿Tiene usted alguna creencia cultural o religiosa, o preferencias acerca de su cuidado de salud que desee compartir con nosotros para servirle mejor?**

- Si  No

**Indicó sí, por favor describa de que forma se manejó, que remedios han sido tratados y cual ha sido el resultado en su salud. Por favor incluya los nombres y el tipo de practica de cualquier doctor u otros profesionales de cuidado de salud involucrado en su tratamiento de salud.**

**Por favor utilice el espacio provisto para dejarnos saber cualquier otra informacion acerca de usted que desee compartir.**



## Información Financiera

**Nombre del Paciente**

Primer nombre

Apellido

**¿Incluyéndolo a usted, cuántas personas viven en su hogar?**

**¿Cuál es el ingreso anual bruto aproximado de su hogar?**

**¿Es usted residente legal de los E.U?**

Si  No

**¿Tiene usted cubierta de salud?**

Si  No

**Por favor indique el nombre de su proveedor de seguro**

**Por favor indique su numero de identificación (ID) localizado en su tarjeta de seguro**

**Por favor indique el numero de grupo (Rx Group) localizado en su tarjeta de seguro**

**Por favor indique su numero de Rx Bin localizado en su tarjeta de seguro**

**Por favor indique el numero de PCN (RX PCN) localizado en su tarjeta de seguro**

**¿Quien es su doctor o proveedor?**

**¿Actualmente está inscrito en ADAP?**

Si  No  En Proceso

**¿En qué estado está inscrito para recibir los beneficios de ADAP?**

**¿Con qué estado está solicitando actualmente para recibir los beneficios de ADAP?**

**Al firmar en el espacio provisto, Yo certifico que toda la información es cierta y correcta al mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que estoy autorizando a Mail- Meds Clinical Pharmacy a usar toda la información provista para solicitar asistencia financiera de ser necesario.**

**Fecha**





## Asignación de Beneficios

Nombre del Paciente

Primer nombre

Apellido

**Por medio de la presente autorizo a Medicare, Medicaid o mi seguro medico privado a pagar por mis beneficios de medicamentos y suministros dirigidos a JTJ Medical Supply Inc. Yo autorizo a JTJ Medical Supply, Inc. a presentar una apelación en mi nombre por cualquier denegación de pago y/o determinación adversa de beneficios relacionada a los servicios o cuidado provisto. Además autorizo a cualquier titular de mi información medica a liberar dicha información que sea requerida por JTJ Medical Supply, Inc. para someter una reclamación por mi parte. La forma original sera mantenida en archivos por JTJ Medical Supply, Inc. y una copia sera enviada a mi plan de seguro cuando sea solicitada. Responsabilidad del paciente: Yo estoy de acuerdo que la verificación de beneficios de mi compañía de seguro no me libere de mi responsabilidad financiera por los servicios prestados. Si mi compañía de seguro deniega cualquier reclamación en parte o completamente, incluyendo cualquier deducible, co-seguro, copago o denegación de pago, o si la organización esta fuera de la red de proveedores, yo soy financieramente responsable por todos los cargos no cubiertos por mi seguro. Entiendo que la responsabilidad financiera como miembro actual sera determinada cuando la reclamación sea procesada y sere contactado por un personal de JTJ Medical Supply, Inc. en cual me informara sobre el costo previo a la entrega de el/ los medicamentos y los costos serán provistos hacia mi de manera verbal y escrita. En el caso de falta de cobertura, o si mi seguro debe de pagar los beneficios directamente a mi por cualquier mercancía provista por JTJ Medical Supply, Inc.**

Fecha

Nombre del paciente





## Notificación de Privacidad HIPAA

Nombre del Paciente

Primer nombre

Apellido

**Según requerido por HIPAA, todos los pacientes que reciben servicios de farmacia de JTJ Medical Supply, Inc. deben firmar abajo. Tenga cuenta de que la siguiente notificación no es una forma de consentimiento. Esta forma debe de ser leída en su totalidad y firmada antes de que los servicios puedan ser proveídos. Esta notificación le provee a nuestros Pacientes una descripción resumida de (1) Cómo nuestra oficina utilizará y divulgará su información medica y datos de facturación para fines comerciales legítimos, y (2) Cómo nuestros Pacientes pueden ejercer sus derechos respecto a su información de salud. Esta notificación es similar a la cual usted recibió en la oficina de su médico y otras instituciones que prestan cuidado medico. Por favor confirme que ha recibido la Notificación de Practicas Privadas de JTJ Medical Supply, Inc. firmando abajo. Gracias! Si usted recibió la Notificación de Practicas Privadas en la Inscripción/Paquete de Bienvenida/ Manual. Al firmar abajo reconozco que he recibido la Notificación de Practicas Privadas por JTJ Medical Supply, Inc. en la Inscripción/Paquete de Bienvenida/ Manual.**

Fecha

Nombre del paciente

 \_\_\_\_\_



## Autorización para Obtener Información Confidencial

Nombre del Paciente

Primer nombre

Apellido

**Reconozco que he recibido el Paquete de Bienvenida el cual contiene al menos la siguiente información. 1) Información de Contacto 2) Horario de Operaciones 3) Disponibilidad de Farmacéuticos Clínicos fuera de horas laborables 4) Programa de Manejo Clínico del Paciente 5) Responsabilidad de Declaración de Derechos del Paciente 6) Formulario de Querrela del Paciente 7) Petición sobre Información de Asistencia Financiera 8) Formulario de Asignación de Beneficios 9) Estándares de Manejo Clínico de Desechos Medicos 10) Contacto del Paciente y Consentimiento de Comunicación 11) Notificación de Practicas Privadas 12) Formulario de Satisfacción al Cliente Por favor confirme que ha recibido el Paquete de Bienvenida por parte de JTJ Medical Supply, Inc. firmando en el espacio provisto.**

Fecha

Nombre del paciente



**Por favor presione en el enlace de abajo para descargar la copia de su Paquete de Bienvenida**

[Folleto de Bienvenida](#)