



## Formulario de Alistamiento

### Paciente

Nombre: _____		
(Escriba Claramente)	Apellido	Nombre
Dirección: _____		
No.	Calle	# Apt.
_____		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de Casa: _____ - _____ - _____		
Teléfono Alternativa: _____ - _____ - _____		
Fecha De Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____		
Número de Seguro Social _____ - _____ - _____		
Estado Marital: (escoge uno): soltero/a casado/a divorciado/a separado/a viuda		
Sexo (escoge uno): masculino femenino		
Seguro Médico Primario: _____		
Plan de Prescripción o Tarjeta de Prescripción: _____		
Esta usted inscrito en el Programa Epic: _____		
Medio de Ingreso: <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Soporte Familiar <input type="checkbox"/> Pensión por separación <input type="checkbox"/> Pensión		
<input type="checkbox"/> Seguro Social de Incapacidad <input type="checkbox"/> Seguro Social de Retiro <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Ingreso Mensual: \$ _____ Habitantes en la casa: _____		
Eres un veterano/a? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Estas incapacitado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Etnicidad (escoge): Afro-Americano Caucásico Hispano/a Nativo Americano		
Oriental Otro		
Yo, ( <i>paciente</i> ) soy alérgico/a ha _____		
Condición crónica: _____		

### Enrollment Facilitator

Name of Person helping fill out application _____	
Title/Relationship to Applicant _____	
Phone Number _____	E-mail _____



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 se 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 marque sobre 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

**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
- \* Un 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 pide cualquier prueba de ingreso de la lista arriba de la persona quien le están dando soporte/mantenimiento
  
- \* Cuando usted tenga solamente **30 días** de tu medicina, debe llamar a su doctor o punto de contacto y que te lo rellenan. Ellos nos llamaran para pedir su orden. **La farmacia no tiene sus medicamentos hasta que ACN-PAP lo ordena.**

**DALE ESTE DOCUMENTO AL PACIENTE, GRACIAS.**