

### Formulario de Alistamiento

Plan de Prescripción o Tarjeta de Prescripción (si alguna): \_\_\_\_\_

Esta usted alistado en el Programa Epic: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Escriba Claramente)      Apellido      Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_  
No.      Calle      # Apt.

\_\_\_\_\_  
Ciudad      Estado      Código Postal

Teléfono de Casa: (\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_) (Para llamar le cuando llega la medicina)

***\*Otros Telefonos:\****

Celular: (\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_)      Pariente/Amigo: (\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_)

Fecha De Nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Estado Marital: Soltero/a    Casado/a    Separado/a    Divorciado/a    Viuda

Sexo:      masculino      femenino

Habitantes en la casa: \_\_\_\_\_      Seguro Médico Primario: \_\_\_\_\_

Medio de Ingreso:  Salario     Soporte Familiar     Pensión por separación     Pensión  
(Elija uno)       Seguro Social de Incapacidad     Seguro Social de Retiro     Ninguno  
 Otro: \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual: \$ \_\_\_\_\_

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

Yo, (*paciente*) soy alerjico/a ha \_\_\_\_\_.

Ethnicidad (circula):    Afro-Americano    Caucásico    Hispano/a    Nativo Americano  
                                         Oriental    Otro

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_

***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

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 guía que se me han dado.

Firmando este consentimiento yo autorizo al personal de SASA-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. SASA-PAP no se hace responsable de mantener y distribuir los medicamentos por mas de 90 días después de haber sido notificado el paciente de su existencia.

Yo también entiendo que SASA-PAP requiere de prueba de ingreso o un estado de beneficios para proveer la elegibilidad, y firmando este consentimiento yo doy el permiso a SASA-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 SASA-PAP firmar y fechar toda documentación/ formularios que serán enviados a cualquier compañía farmacéutica que este participando. El papel de SASA-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)