

Louis & Clark Pharmacy

155 Brookdale Dr. 1st Floor ▪ Springfield, MA ▪ Office #: 413-781-2996 ▪ Fax #: 413-737-0693

Thank you for choosing Louis & Clark Pharmacy to fill your Medication Prescriptions.
We take great pride in safety and helping you stay adherent to your Medicamentos.

Patient Information:

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ DOB: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado

Numero de Apt #: _____ Numero Teléfono: _____

Seguro Social #: _____ Masculino: _____ Femenino: _____

Alergias a Medicamentos: _____

Dirección Anterior: _____

Independiente: ____ Instalación: ____ Grupo Casa: ____ Nombre de la Instalacion/Grupo: _____

Referido Por: _____ Numero Teléfono : _____

Recetas por Seguro Médico Medicare Numero: _____

1. Primaria: _____ **2. Secundaria:** _____

Numero Tarjeta: _____ Numero Tarjeta: _____

Identificación de Grupo: _____ Identificación de Grupo: _____

Numero de Bin: _____ Numero de Bin: _____

Numero de PCN #: _____ Numero de PCN: _____

Prescriber Information:

Nombre del Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

➤ ¿Podemos contactar su farmacia anterior si tenemos preguntas? SÍ / NO

Farmacia: _____ Numero Teléfono: _____

Por Favor indique sus preferencias:

_____ **MediBubble** (Embalaje de multi-dosis de 28 días)

• Usted prefieren medicamentos 'As Needed': _____ Vial **OR** _____ Blister?

Iniciales Aquí _____ para confirmar que usted entiende que MediBubble es seguridad no empaquetado

_____ **Blister** (Dosis de unidad de 30 días)

_____ **Sincronización del Vial** (Frasco de 28 días)

_____ **Recogida O Entrega:** Si entrega, por favor note las instrucciones especiales: _____

Louis & Clark Pharmacy

155 Brookdale Dr. 1st Floor • Springfield, MA • Office #: 413-781-2996 • Fax #: 413-737-0693

Autorización para realizar coloros automaticos mensuciles

Nombre del Pacienta: _____ DOB: _____

Numero Teléfono: _____

Número de Licencia #: _____ Estado: _____

Dirección de Instalación: _____
Calle Ciudad Estado

*Dirección de Entrega: _____
(*Si es diferent) Calle Ciudad Estado

Persona encargada de pagar sus facturas y la dirección a la que deben enviarse:

Nombre: _____ Relación: _____

El cuidado de: _____

Dirección: _____

Numero Teléfono: _____
Casa Celular Trabajo

Fecha del Acuerdo

Firma del representante legal

Autorización de pago automatico a su tarjeta de crédito como gastos incurren:

Por favor carga mi: VISA: _____ MASTERCARD: _____

Número de Tarjeta: _____

Fecha de vencimiento: ____/____/____

Código de Seguridad de la Tarjeta: _____
(número de 3 dígitos en la parte posterior de su tarjeta después de su número de tarjeta)

Nombre del titular de la tarjeta: _____

Firma Autorizado: _____ Fecha: _____

Si el solicitante no paga por los servicios prestados, se encargara de todos sumas debidas, mas costos de coleccion, incluyendo a abogados, multas e intereses

Louis & Clark Pharmacy

155 Brookdale Dr. 1st Floor • Springfield, MA • Office #: 413-781-2996 • Fax #: 413-737-0693

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

TO: Louis & Clark Pharmacy Springfield, MA

A. Autorización abajo firmante, el paciente (o representante de Personal de la paciente) autorizar la farmacia mencionada a divulgar mi información médica protegida ("PHI") que está en posesión o control al destinatario la farmacia nombrado a continuación estrictamente según las instrucciones contenidas en esta autorización.

B. Divulgación de Re (*borrar cualquier frase que no se aplica.*): (1) Entiendo la PHI que se divulgó en virtud de esta autorización puede ser re-revelada por el destinatario, y que tal re-divulgación puede terminar mi protección HIPAA PHI. (2) esta autorización no permite re-divulgación por parte del receptor.

C. Revocación más entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, en el formulario adjunto, pero que cualquier acción ya tomada al amparo de esta autorización no se invertirá y mi revocación no afectará tales acciones.

D. Paciente

Nombre: _____ DOB: _____

Numero Teléfono: _____

La Dirección: _____
Calle Ciudad Estado

E. Destinatarios – El PHI es revelarse a las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____

Numero Teléfono: _____
Casa Celular Trabajo

La Dirección: _____
Calle Ciudad Estado

E-Mail: _____ Numero Fax: _____

F. Descripción – de la PHI necesaria mínima a revelarse se describe como sigue:

_____ Cualquier información relacionada con medicamentos o terapia de la medicación del paciente

OR (Limitaciones): _____

G. Duración de esta autorización será en efecto para mientras el paciente está recibiendo servicios de farmacia a menos que revoque antes de la manera descrita anteriormente.

Firma del Paciente o del Representante Legal

Fecha

Por favor describa la fuente de la autoridad del Representante Personal para el paciente, por ejemplo los padres de un menor no emancipado, o padres en *Parentis del Loco*; o si el nombrado como privativas de la libertad, padre, tutor, albacea, o administrador y similares. Por favor adjunte copias de los documentos de nombramiento.

Louis Clark Pharmacy

155 Brookdale Dr. 1st Floor • Springfield, MA • Office #: 413-781-2996 • Fax #: 413-737-0693

RECONOCIMIENTO DE RECIBIR AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestras prácticas de privacidad requieren que nos brinde una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad en el momento de nuestro primer servicio de farmacia.

Reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de la farmacia.
Que será firmado por el paciente o poder notarial del paciente.

Firma del Paciente / Represente Legal

Nombre del Paciente / Represente Legal

Fecha

Louis Clark Pharmacy

155 Brookdale Dr. 1st Floor • Springfield, MA • Office #: 413-781-2996 • Fax #: 413-737-0693

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN FARMACÉUTICA QUE PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALA CUIDADOSAMENTE.

Nuestra farmacia es darle a nuestros pacientes este aviso (en papel o electrónicamente como los deseos del paciente) de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad sobre su información de salud protegida y también a nuestros pacientes sobre sus derechos bajo HIPAA.

I. **Usos y Divulgaciones de Información de Salud Protegida.** Existen dos categorías para el uso y divulgación de información protegida de salud de nuestros pacientes: (A.) información que podemos utilizar y divulgar sin el previo de la paciente su consentimiento; (B.) información que no podemos usar o divulgar sin autorización previa del paciente.

A. Previo Consentimiento de los Pacientes no es Necesario.

- 1) **Tratamiento.** En la primera categoría, se nos permite usar y divulgar su información protegida de salud de nuestros pacientes con respecto a su tratamiento médico en situaciones como que un miembro de la familia o otro pariente o un amigo íntimo personal o otra persona involucrada en el cuidado de la salud del paciente para recoger las prescripciones del paciente y recibir información de salud protegida que está directamente relacionado con el cuidado del paciente. De esta manera, somos a nuestro juicio profesional y experiencia con la práctica común en la determinación de lo que está en el mejor interés del paciente. Otros ejemplos incluyen el envío de información sobre las prescripciones de un paciente a médico de cabecera del paciente o a un especialista que trata al paciente o a un hospital donde el paciente está recibiendo atención, particularmente si el paciente ha sufrido una emergencia de salud.
- 2) **Pago.** Si un paciente está cubierto por un plan de beneficios de farmacia, tenemos derecho a enviar información de salud protegida por el plan o a otra entidad de negocio involucrados en nuestro sistema de facturación que describe los medicamentos o equipo médico hemos despachado para que nosotros podemos pagar.
- 3) **Operaciones de Cuidado de la Salud.** Además, podemos proporcionar información de salud protegida para operaciones de atención médica tales como evaluaciones de la calidad de atención de la salud de nuestros pacientes para mejorar el éxito de los programas de tratamiento. Otros ejemplos incluyen comentarios de profesionales de salud, prima de seguro de clasificación, legal y auditoría funciones, planificación de negocios y gestión.
- 4) **Otros Permitidos Usos y Revelaciones.** Hay un número de otros propósitos especificados para que podemos divulgar a información un paciente médica protegida sin el consentimiento previo del paciente (pero con ciertas restricciones). Los ejemplos incluyen actividades de salud pública; situaciones donde puede haber abuso, negligencia o violencia doméstica; en relación con las actividades de supervisión de salud; en el curso de procedimientos judiciales o administrativos; en respuesta a las preguntas de aplicación de la ley; en caso de muerte; Cuando se trata de donaciones de órganos; apoyo a estudios de investigación; donde hay una grave amenaza para la salud y seguridad; en los casos de militares o de las actividades de los veteranos; Cuando se trata de seguridad nacional; para las determinaciones de idoneidad médica; para los programas de gobierno para beneficio público; procedimientos de compensación; cuando nuestros registros son objeto de la auditoría; Cuando ocurren emergencias médicas; y cuando nos comunicamos con nuestros pacientes por vía oral o por escrito sobre recetas de relleno, sobre los medicamentos genéricos que pueden ser apropiados para el tratamiento de un paciente o sobre terapias alternativas.

B. Pacientes Autorización Previa Requerida.

Para fines distintos de los mencionados arriba, estamos obligados a solicitar autorizaciones por escrito antes de usar o divulgar cualquiera de su información de salud protegida por nuestros pacientes. Si solicita una autorización, cualquiera de nuestros pacientes podrán negarse a estar de acuerdo, y si un paciente nos da una autorización, el paciente tiene derecho a revocar la autorización y al hacerlo, deje los futuros usos y divulgaciones de información de salud del paciente que cubre la autorización. Un ejemplo de una situación donde se requiere autorización previa del paciente sería si deseamos realizar un programa de marketing que implica el uso de información de salud protegida.

Louis & Clark Pharmacy

155 Brookdale Dr. 1st Floor • Springfield, MA • Office #: 413-781-2996 • Fax #: 413-737-0693

- II. **Derechos de los Pacientes.** HIPAA y las regulaciones proporcionan a nuestros pacientes con derechos sobre su información de salud protegida. Con excepciones limitadas (que están sujetas a revisión), cada paciente tiene derecho a lo siguiente:
- 1) **Registros del Pacientes.** Cada paciente puede obtener una copia de su información médica protegida a solicitud por escrito. El único cargo se basará en los costos en respuesta a la solicitud. La cantidad de la carga variará dependiendo el formato de las peticiones del paciente y si el paciente desea un resumen o el registro, y si debe ser entregada por correo o de otra manera. El paciente se le de la cuota cuando se reciba la solicitud del paciente. Si en el momento de solicitud del paciente mantener un registro de salud electrónico respecto a información protegida de salud, el paciente tiene derecho a obtener una copia de la información del paciente protegido salud en forma electrónica y a que la copia dirigida a una persona claramente identificada o entidad.
 - 2) **Contabilidad de Revelaciones.** Cada paciente puede, previa solicitud por escrito, obtener una lista de las divulgaciones de información de salud protegida del paciente que se han producido dentro de los 6 años anteriores a la solicitud, excepto divulgaciones hechas para propósitos de tratamiento, pago o operaciones de atención médica y algunos otros. No habrá ningún cargo por la primera solicitud en cualquier período de 12 meses, pero tienen derecho a cobrar una Comisión de costo razonable basado para solicitudes adicionales en el mismo período de tiempo. Sin embargo, si en el momento de solicitud del paciente mantener un registro de salud electrónico respecto a información protegida de salud, no se aplicará la excepción anterior y el período de contabilidad serán los 3 años anteriores a la solicitud de.
 - 3) **Enmiendas.** Cada paciente puede pedir que se cambie el registro de su información médica protegida a solicitud por escrito explicando por qué se debe hacer el cambio. Revisará la solicitud, pero puede negarse a hacer el cambio si en nuestro juicio profesional concluimos que no se debe modificar el registro.
 - 4) **Comunicaciones.** Previa solicitud por escrito, cada paciente puede pedir que comunicar con él o ella acerca de su información de salud protegida confidencial manera como envío de correo a una dirección diferente a la dirección o usando un número de teléfono particular.
 - 5) **Restricciones Especiales.** Previa solicitud por escrito, cada paciente puede pedir que adopte restricciones especiales que limitan aún más nuestro uso y divulgación de información de salud protegida del paciente (excepto donde se requiere de nosotros por la ley o en circunstancias de emergencia uso y divulgación). Vamos a considerar la solicitud; pero según HIPAA no estamos obligados a aceptar la solicitud; siempre, sin embargo, cumplimos con la petición de un paciente para restringir la divulgación de información médica protegida a un plan de salud si la divulgación es para operaciones de pago o atención de la salud (sin tratamiento), y la divulgación se refiere únicamente a un elemento de salud o servicio para que hemos sido pagado de su bolsillo en su totalidad.
 - 6) **Quejas.** Si un paciente cree que hemos violado los derechos del paciente en cuanto a información de salud protegida del paciente bajo HIPAA o si un paciente está en desacuerdo con una decisión que tomamos acerca del acceso a información de salud protegida del paciente, el paciente tiene derecho a presentar una queja por escrito con nuestra persona de contacto a continuación. Nuestra persona de contacto es necesaria para investigar y si es posible, para resolver tal queja y asesorar al paciente en consecuencia. El paciente también tiene derecho a enviar una queja por escrito a la Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Bajo ninguna circunstancia será cualquier paciente se tomaron represalias contra esta farmacia por presentar una queja.

Estamos obligados por ley a proteger la privacidad de información nuestros pacientes médica protegida, proporcionar este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, y seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer cambios en nuestras prácticas de privacidad que se aplican a toda la información médica protegida que mantenemos. Un nuevo aviso estará disponible a petición antes de cualquier cambio significativo.

Nombre de la persona contacto HIPAA:

Gene Hunt

Correo Electrónico: ghunt@LCdrug.com

Tel: (413) 285-8519

Fax: (413) 737-3814