



Gracias por permitirle a la Farmacia de Especialidades de Texas Children's poder servirles. Estamos aquí para asistirle a usted durante las próximas etapas del cuidado médico de su niño.

La Farmacia de Especialidades de Texas Children's provee medicamentos típicamente recetados para afecciones de salud complejas, las cuales no se pueden adquirir a través de las farmacias locales. Nuestro equipo de Farmacéuticos altamente capacitados y dedicados profesionales de la salud trabaja en conjunto para atender las necesidades particulares de su niño.

Como participante en el programa de Farmacia de Especialidades, usted ahora tiene acceso al servicio de entrega gratuita a domicilio de sus recetas, a recoger sus medicinas en el edificio Wallace Tower del Texas Children's Hospital, a un itinerario establecido de surtido de medicinas y la disponibilidad de servicios al paciente en múltiples idiomas. Nosotros consultamos con usted no solo para ayudar a gestionar sus medicinas, también trabajamos con el equipo médico de su niño y con los proveedores del seguro médico para contribuir a que el paciente obtenga los medicamentos que le son necesarios.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestros servicios o sus medicinas, por favor llame al tel. (877) 727-2503 opción 2, sin costo, Lunes a Viernes, 8:00 a.m. – 6:00 p.m.

Esperamos pronto servirles.

Atentamente,

Josephine Hurtado, RPh
Director, Texas Children's Specialty Pharmacy
jmhurtad@texaschildrens.org

Formulario de Inscripción

Entiendo que al firmar este formulario, estoy inscribiéndome para que mis medicamentos sean surtidos en Texas Children's Specialty Pharmacy. Entiendo que recibiré algunos o todos los siguientes servicios de parte de Texas Children's Specialty Pharmacy: llamadas telefónicas o correos electrónicos periódicos recordándome renovar mis recetas; ofertas en persona, por teléfono o correo electrónico para inscribirme en programas de asistencia para copagos, cuando esté disponible; llamadas telefónicas educacionales, correos electrónicos o información relacionada a mis medicamentos o mi afección de salud; solicitud para completar encuestas de satisfacción de los servicios; comunicados adicionales de parte de la farmacia en relación a mis medicamentos, la entrega o el pago de las mismas. Entiendo que yo podría optar por retirarme del programa en cualquier momento, comunicándome a Texas Children's Specialty Pharmacy al tel. (877) 727-2503 opción 2, sin costo.

Al firmar este formulario, también acuerdo a lo siguiente:

1. Designar a una persona o personas con quien la farmacia pueda hablar de manera recíproca acerca de los servicios que recibo de Texas Children's Specialty Pharmacy:

Nombre de la persona con quien podríamos hablar

Relación con el paciente

Nombre de la persona con quien podríamos hablar

Relación con el paciente

2. Reconocer que he recibido una copia de parte de Texas Children's Specialty Pharmacy del Aviso HIPPA sobre la Privacidad y Declaración de los Derechos del Paciente.

3. A la divulgación de mi información protegida de salud solamente de acuerdo a la política de Texas Children's Specialty Pharmacy y las leyes federales y estatales.

Firma de paciente/esposo/proveedor de cuidados

Relación con el paciente

Nombre del paciente en letra de molde

Fecha de nacimiento del paciente