



FREE CLINIC OF CULPEPER

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE MEDICAMENTO (MAP)

La clinica "Free Clinic of Culpeper" ayuda a los pacientes, que califican para venir a la clinica, a obtener medicamentos por parte de las compañías farmacéuticas. Nosotros le podemos ayudar con el proceso de papeleo que se requiere para obtener el medicamento que necesita. En casi todas las aplicaciones, la firma del paciente es requerida junto con la firma del doctor que la receta. Copias de su ingreso y de la declaración de impuestos (si declaro) también son requeridas para mandarse a las compañías farmacéuticas.

Por firma de este acuerdo, usted el paciente, otorga su permiso al coordinador de la farmacia de la clinica "Free Clinic of Culpeper" para firmar su nombre en los formularios de orden para poder obtener el medicamento. Su nombre será firmado solamente en los formularios de los medicamentos que sean específicamente solo para usted, como han sido recetados por su doctor aquí en la clinica.

ACUERDO:

Yo doy mi permiso al coordinador de la farmacia de la clinica "Free Clinic of Culpeper", o a su designado(a), a FIRMAR mi nombre en las aplicaciones de Asistencia de Medicamento recetadas por mi doctor en la clinica. Yo entiendo que puedo CANCELAR este acuerdo en cualquier momento y asumo la responsabilidad de firmar mi propio formulario.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

CLINIC REPRESENTATIVE SIGNATURE

DATE