ID DEL PACIENTE:	FECHA:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO:	NOMBRE DE PILA:	SEGUNDO NOMBRE:
NÚMERO TOTAL EN EL HOGAR:	# De Adultos (Self incluidos):	# DE NIÑOS:

DIRECCIÓN:	TELÉFONO DE CASA ( )	TELÉFONO MÓVIL ( )

CIUDAD:	ESTADO:	CONDADO:	CREMALLERA:

Email:

Alergias:

Favor, compruebe si uno pasa o recibir cualquiera de los siguientes:

☐ SEGURO DE ENFERMEDAD☐ Medicare Parte D ☐ TRICARE ☐ SEGURO COMERCIAL

Ingreso Familiar Total: $

ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO ☐ CASADO ☐ APARTADO ☐ VDO

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO:	SEXO: ☐ METRO☐F

ETNIA:	DISCAPACITADO ☐ Sí☐ No	VETERANO ☐ Sí ☐ No

EN CASO DE EMERGENCIA, póngase en contacto:

NOMBRE: _____ **TELÉFONO:** _____ **RELACIÓN:** _____

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Soy consciente de que cualquier información fraudulenta o declaraciones me descalificarán automáticamente desde los servicios de MEDBANK. Estoy de acuerdo en proporcionar toda la documentación necesaria y la cooperación del paciente.

_____ _____

FIRMA (paciente o padre / tutor) **PRINT (paciente o padre / tutor)**

Para el personal MedBank

Aplicación Procesado por:_____ Fecha: _____

Apellido: _____ **Nombre de pila:** _____ **Segundo nombre:** _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Título: _____ **First Nombre:** _____ **Apellido:** _____

Nombre de la instalación: _____

Address _____ **Suite:** _____ **Código postal:** _____

Oficina Teléfono: (_____) _____ **Oficina Fax: (_____)** _____

Cuenta Contacto: _____ **oficina de correo electrónico:** _____

MEDICACIÓN	FUERZA	DOSIFICACIÓN

Para el personal MedBank

Aplicación Procesado por: _____ Fecha: _____

Apellido: **primero Nombre:** **Medio Nombre:**

Con el fin de ayudarle en forma rápida y eficiente, le pedimos que se haga responsable de lo siguiente:

- **Prueba de ingreso:**Para poder recibir la mayoría de los medicamentos, los fabricantes farmacéuticos requieren paciente para proporcionar prueba de ingresos con la aplicación. Especialistas MedBank casos trabajarán con usted para asegurarse de que tiene la forma requerida para sus medicamentos específicos. Esto puede incluir los siguientes:
    - Forma de impuesto 1040
    - Anexo C Formulario (si se emplea auto)
    - Cuatro (4) talones de pago consecutivos y actuales
    - Prueba de otro tipo de asistencia familiar de ingresos, la ayuda del Estado, Carta de beneficios de la Seguridad Social, prestaciones de invalidez de la Seguridad Social, pensión, pensión alimenticia, manutención de hijos, desempleo, etc.
    - Formulario de Verificación de salarios desempleo- del Departamento de Trabajo
    - forma Reconocimiento médico

Iniciales	Responsabilidades
	Es mi responsabilidad como paciente de MedBank para mantener la información actualizada y proveedor médico actual.
	Entiendo que para que MedBank para procesar mis recargas debo informar al personal MedBank una vez que haya recibido la medicación, ya sea en mi casa o en la oficina de mi médico. Yo entiendo que el no hacerlo puede resultar en un retraso en el tiempo de
	Entiendo que una vez que mi solicitud es procesada por el personal MedBank, que será enviado a los fabricantes de acuerdo con sus directrices. También entiendo que el tiempo estimado de llegada de mis medicamentos puede variar de 2 a 6 semanas después de la aplicación ha recibido las firmas necesarias de mi médico.
	Yo entiendo que si no recibo mis medicamentos en las 6 semanas que es mi responsabilidad de notificar al personal de MedBank.
	Yo entiendo que es mi responsabilidad de proporcionar MedBank con la prueba necesaria de ingresos para recibir la medicación, y que el no hacerlo puede impedir que yo recibir la medicación.

Para el personal MedBank

Aplicación Procesado por:_____ **Fecha:**_____

RELEASE MEDICAL FORM

Autorizo MedBank Foundation, Inc. y sus afiliados para reunir todos los registros médicos de mis médicos, enfermeras, trabajadores sociales y cualquier otro personal según sea necesario. Yo entiendo que la información recopilada se utilizará únicamente para los fines de MedBank Foundation, Inc. y no será puesto en libertad o compartida con instituciones, empresas, u otro personal autorizado no fuera.

Además, autorizo a la Fundación MedBank, Inc. para liberar mi información médica a las compañías farmacéuticas que se consideren necesarias para la tramitación de solicitudes y peticiones de asistencia con los medicamentos.

Esta versión sólo será válido a partir de la fecha de la firma hasta el final de mi participación con la Fundación MedBank, Inc. servicios o hasta que notifique MedBank Foundation, Inc. por escrito a suspender los servicios prestados.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Fecha de Nacimiento: _____SSN: _____

Dirección: _____Ciudad (*): Estado (*): Código postal: _____

Teléfono de la casa: _____ teléfono celular: _____

_____ _____
Firma del paciente Fecha

_____
Nombre del testigo (en letra de imprenta)

_____ _____
Firma de testigo Fecha

Responsabilidades del Cliente MEDBANK

Como cliente MedBank, se compromete a seguir la política de MedBank y el procedimiento operativo con el fin de inscribirse y obtener asistencia con los medicamentos. El incumplimiento de Responsabilidades del Cliente como se indica a continuación podrían causar un retraso en la recepción de sus medicamentos o resultar en la terminación de los servicios MEDBANK.

Responsabilidades del Cliente MEDBANK

- El cliente se compromete a proporcionar prueba de ingresos, (PDI), y otra documentación requerida necesaria para completar la solicitud del Programa de Asistencia al Paciente proporcionado por el fabricante farmacéutico. La no presentación de PDI como solicitada retrasará inscripción en el programa o la renovación de programas y evitará que el cliente reciba los medicamentos a tiempo.

- El cliente se compromete a proporcionar MedBank Caso Especialista con la información para la corriente, la prescripción proveedor médico. Si el cliente cambia de proveedores de servicios médicos, él / ella se compromete a ponerse en contacto con MedBank Caso Especialista de proporcionar el nombre y la información de contacto de nuevo, proveedor médico que prescribe. El no proporcionar actualizaciones puntuales podría retrasar la recepción de los medicamentos o resultar en la expulsión del programa de asistencia al paciente.

- Si el cliente está aprobado para la cobertura de beneficios de medicamentos recetados a través de elegibilidad para Medicaid, Medicare o seguro privado, entonces Cliente se compromete a notificar a MedBank Caso Especialista inmediato de la cobertura de beneficios de medicamentos recetados.

- El cliente se compromete a notificar a MedBank Caso especialista, por teléfono o correo electrónico, para confirmar la recepción de los medicamentos, después de haber recogido medicamentos de medicamentos de oficina o recepción de proveedores médicos por correo al domicilio del cliente.

- El cliente se compromete a notificar a MedBank Caso especialista si los medicamentos no se reciben dentro de 5 semanas de haber presentado una solicitud de ayuda.