

Verificación de diagnóstico

Para poder asistir a su paciente, necesitamos verificar su diagnóstico y medicamentos. Por favor, complete, FIRME (obligatorio) y CARGUE este formulario a través del PORTAL o envíelo por fax al 800-282-7692.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE RECETA

Nombre del proveedor de la receta, Credenciales: _____

Nombre de la instalación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Email: _____

¿Quién es el contacto principal de la oficina para esta solicitud? (trabajador social, enfermera) preferiblemente nombre y apellido; se requiere el nombre y al menos la inicial del apellido del Contacto Principal: _____

Teléfono: _____ Contacto principal Fax: _____

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Mi paciente, _____, está en tratamiento por _____

Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos del SSN: _____

SECCIÓN 3: MEDICAMENTO(S) Requerido únicamente a efectos del FONDO DE ASISTENCIA PEDIÁTRICA

Nombre de la droga(s) _____

Al firmar esta Verificación de diagnóstico, certifico por la presente (i) que estoy debidamente licenciado y autorizado en mi estado para recetar medicamentos, (ii) que el diagnóstico indicado arriba es exacto, y (iii) que supervisaré el tratamiento del paciente en consecuencia.

Al firmar esta Verificación de Diagnóstico, certifico que entiendo que:

- HealthWell Foundation® (Fundación) ofrece asistencia a los pacientes que reúnen los requisitos para los tratamientos/productos expresamente cubiertos por la Fundación;
- Si bien la Fundación hará todo lo posible por conceder asistencia cuando sea necesario, el programa de la Fundación está limitado por los recursos disponibles y puede ser interrumpido o modificado en cualquier momento; y
- Cualquier patrón identificado de presentaciones inapropiadas a la Fundación puede resultar en mi - o la entidad que represento - terminación del programa de la Fundación por un período de tiempo determinado por la Fundación.

NOTA: El paciente es libre de cambiar de médico, de farmacia o de tipo de medicamento en cualquier momento, y esto no afectará a su inscripción.

X

Firma original del prescriptor (NO SON VÁLIDAS LAS FIRMAS ESTAMPADAS O ELECTRÓNICAS)

Fecha

Nombre del prescriptor en letra IMPRENTA

Credenciales del prescriptor –
REQUERIDAS (ejemplo: MD, DO, NP, PA)