THE CENTERTX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

NUEVO REGISTRO PATIENT

FECHA DE LA CITA_____ ACCT#_____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO _____ NOMBRE _____ MI_____

DOB_____/_____/_____SS # DIRECCIÓN_____ DE _____

_____ CORREO ELECTRÓNICO CIUDAD /_____

ESTADO _____ ZIP ___ TELÉFONO CELULAR _____

_____ TELÉFONO DE CASA_____

CIRCUNFERENCIA: ESTADO CIVIL: Soltero / Casado / Divorciado / Viudo / Pareja

IDIOMA: Español / Español / Otro _____ GÉNERO: Hombre / Mujer

ETNIA/RAZA: Hispano o Latino / Blanco o Caucásico / Negro o Afroamericano / Asiático / Nativo hawaiano / Isleño del Pacífico / Otro:_____

INFORMACIÓN DE INSURANCE

IDENTIFICACIÓN DE SEGURO PRIMARIO_____ # _____ GRUPO # NOMBRE DEL_____

_____ TITULAR DE LA PÓLIZA _____ DOB _____ SS #

REFERENCIA_____ DEL _____

EMPLEADOR REQUERIDAY / N IDENTIFICACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO _____

_____ # _____ GRUPO # NOMBRE DEL TITULAR DE___

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

TELÉFONO DEL DOCTOR DE ATENCIÓN PRIMARIA_____ # TELÉFONO DEL_____

DOCTOR DE REFERENCIA _____ # OTROS_____

PROVEEDORES INVOLUCRADOS EN SU ATENCIÓN:

NOMBRE_____ DE TELÉFONO DE ESPECIALIDAD # _____

_____

INFORMACIÓN DE FARMACIA

NOMBRE DE FARMACIA_____ TELÉFONO # _____

DIRECCIÓN CIUDAD_____ / ESTADO _____ CREMALLERA_____

EMERGEN CONTACTOSNCY

NOMBRE_____ TELÉFONO # _____ RELACIÓN _____

NOMBRE _____ TELÉFONO # _____ RELACIÓN_____

THE CENTERTX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

Consentimiento para tratar

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Doy mi consentimiento voluntaria para recibir servicios médicos y de atención médica en el Centro para el Cáncer y trastornos de la sangre (TCCBD) proporcionados por médicos, empleados y asociados, asistentes y otros proveedores de atención médica, según mis médicos lo consideren necesario. Entiendo que dichos servicios pueden incluir procedimientos de diagnóstico (como laboratorio y radiografías), exámenes y tratamiento que puede incluir quimioterapia y/o radioterapia y servicios que pueden ayudarme a recibir beneficios o servicios de una agencia externa. Este consentimiento es válido para cada visita que hago a TCCBD a menos que sea revocado por mí por escrito.

Por favor, tenga en cuenta que la ley de Texas permite que un paciente se sometan a pruebas para detectar una posible exposición al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el virus asociado con el SIDA, en las siguientes situaciones: 1) examinar la sangre, los productos sanguíneos, los órganos o los tejidos para determinar la idoneidad para la donación; 2) si otro individuo se expone accidentalmente a la sangre o fluidos corporales de un paciente, como a través de un pinchazo de aguja (cualquier prueba de este tipo se llevará a cabo de conformidad con el protocolo de enfermedades infecciosas de TCCBD); o 3) si se va a realizar un procedimiento médico o quirúrgico que podría exponer a los trabajadores de la salud a la sangre o los fluidos corporales del paciente. Esta divulgación es para informarle que usted puede ser probado, a expensas de TCCBD si alguna de estas situaciones ocurren durante su período de tratamiento.

Entiendo que no se me ha hecho ninguna garantía en cuanto a resultado o curación. Certifico que este formulario me ha sido completamente explicado, que lo he leído o me lo he hecho leer*, y que entiendo sucontenido.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorizo al Centro para el Cáncer y los Trastornos de la Sangre a divulgar mi información de salud con el propósito de atención continua, procesamiento de reclamos u otras necesidades relacionadas. Autorizo a The Center a obtener registros de salud de otros proveedores según sea necesario para mi atención continua. Cualquier otro uso de esta información requiere consentimiento por escrito.

FOTOGRAFÍA: Doy mi consentimiento a las fotografías u otras grabaciones audiovisuales relacionadas con mi historial de salud
____ Sí No____

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS: He firmado una Directiva Anticipada. SÍ NO (Iniciales del paciente) En caso afirmativo, ¿sigue vigente? SÍ NO_____
He proporcionado una copia firmada a TCCBD. SÍ NO__

DNR fuera del hospital: He firmado un DNR fuera del hospital. SÍ NO (Iniciales del paciente)
He proporcionado una copia firmada a TCCBD. SÍ NO_____

NUEVO FOLLETO PARA PACIENTES: He recibido una copia de "The Center Welcome Booklet" para revisar a mi conveniencia. _____

Contacto y uso de teléfonos celulares y correo electrónico: He proporcionado mi información de contacto y doy permiso para usar todos y cada uno delos correos electrónicos y números de teléfono de contacto, fijos y celulares, para la comunicación con respecto a mi tratamiento y / o servicios prestados. Sí NO_____ **Solo correo electrónico** Sí__ NoCelda__ **Solo** _____ Sí No___
Tipo de mensaje permitido: **solo cualquier información de cita** _____

THE CENTERTX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

_____ _____ _____
Contacto de emergenciaSNómero de teléfono

_____ / FECHA Y HORA_____

_____ _____
Firma del paciente /Otra persona legalmente autorizadaWitness/Traductor*

_____ _____ _
Nombre de impresión / Relación con patientPrint Nombre del testigo y idioma traducido

Acuerdo de Responsabilidad Financiera

RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: En consideración por recibir servicios médicos o de atención médica, por la presente asigno mi derecho, título e interés en todos los seguros, Medicare, Medicaid, programas de asistencia al paciente u otros beneficios de terceros pagador por servicios médicos o de atención médica que de otra manera me pagarán al Centro para el Cáncer y trastornos de la sangre. También autorizo que Medicare/Medicaid y/o los programas de asistencia al paciente de mi compañía de seguros, u otro tercero pagador, hasta el monto total de mis cargos médicos y de atención médica, realicen pagos directos al Centro para el Cáncer y los Trastornos de la Sangre.

Acepto pagar todos los cargos por servicios médicos y de atención médica que no estén cubiertos por o que excedan la cantidad estimada para ser pagada o realmente pagada por Medicare/Medicaid, mi compañía de seguros u otro tercero pagador y acepto hacer el pago según lo solicitado por el Centro para el Cáncer y los Trastornos de la Sangre.

Los copagos vencen en el momento del servicio. Sin embargo, entiendo que puedo ser responsable de coaseguro adicional y / o deducibles según lo determinado por mi compañía de seguros una vez que hayan pagado mi reclamo.

Entiendo que si no puedo pagar mi saldo en su totalidad, soy responsable de comunicarme con la oficina de facturación del Centro y /o los asesores financieros para discutir un calendario de pagos. Si no hago los pagos según lo acordado, mi cuenta puede ser referida a una agencia de cobro profesional y / o abogado. Entiendo que seré responsable de todos los costos incurridos, incluidos los honorarios de abogados y los costos judiciales, si corresponde.

En el caso de que envíe el pago con cheque y el banco devuelva el cheque no pagado por cualquier motivo, TCCBD agregará $ 25 a mi saldo original.

Certifico que la información que he proporcionado en relación con cualquier solicitud de pago por parte de terceros pagadores, incluyendo Medicare/Medicaid, es correcta y que es mi responsabilidad notificar a The Center de los cambios en mi dirección, número de teléfono, médico de atención primaria o compañía de seguros.

THE CENTERTX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

(Iniciales del paciente)__

_____ / FECHA Y HORA_____

_____ _____
Paciente/Otra Persona Legalmente AutorizadaWitness/Traductor*

_____ _____ _
Nombre de impresión y relación con el nombre del testigo de PatientPrint y el idioma traducido

THE CENTERTX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

Consentimiento del paciente para el tratamiento por parte de una enfermera practicante o asistente médico

En el Centro para el Cáncer y los Trastornos de la Sangre, estamos orgullosos de reunir a un equipo de profesionales altamente calificados para brindarle la mejor atención posible. Las enfermeras practicantes y las asistentes médicas, que tienen una gran cantidad de capacitación y experiencia en medicina y oncología para adultos, son parte de ese equipo. Trabajan muy de cerca con los médicos y comunican sus necesidades. Están bien calificados para administrar la atención al paciente en la clínica o el hospital. Los NPs y PAs nos permiten aumentar nuestra atención a sus necesidades de atención médica.

Tenemos la máxima confianza en nuestras enfermeras practicantes y asistentes médicos. Sin embargo, usted tiene derecho a solicitar ver a su médico personalmente y honraremos su solicitud. Siempre tenga la seguridad de que estamos comprometidos a brindarle una excelente atención con compasión y respeto.

El Centro para el Cáncer y trastornos de la sangre médicos,

Prasanthi
Ganesa,MD Director
Médico

Doy mi consentimiento para ser tratado por un NP o PA._ Sí No___ _____

_____ _____
Firma del pacienteFecha

THE CENTERTX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Esta autorización se puede usar para permitir que una entidad cubierta (tal como tal término está definido por HIPAA y la ley aplicable de Texas) use o divulgue la información de salud protegida de un individuo. Las personas que completen este formulario deben leer el formulario en su totalidad antes de firmar y completar todas las secciones que se aplican a sus decisiones relacionadas con el uso o la divulgación de su información de salud protegida.

Información del paciente:
Nombre Completo: Otro(s) Nombre(s) Utilizado(s): Fecha de Nacimiento: Dirección: Ciudad: Estado: Código Postal: Teléfono: ( ) Correo electrónico (_____
_____
_____
_____*Opcional*):_____

Información sobre el proveedor de atención médica o la entidad de atención médica autorizada para divulgar esta información:
El Centro para el Cáncer y los Trastornos de la Sangre
800 W. Magnolia Ave.Fort Worth, TX 76104
Teléfono: 817-759-7000 Fax: 817-759-7007

A quién le das permiso para recibir esta información (es decir, familiares o amigos cercanos):
Nombre: Dirección: Ciudad: Estado: Código postal: Teléfono: ( ) Fax: ( )_____
_____
_____
_____

A quién le das permiso para recibir esta información (es decir, familiares o amigos cercanos):
Nombre: Dirección: Ciudad: Estado: Código postal: Teléfono: ( ) Fax: ( )_____
_____
_____
_____

A quién le das permiso para recibir esta información (es decir, familiares o amigos cercanos):
Nombre: Dirección: Ciudad: Estado: Código postal: Teléfono: ( ) Fax: ( )_____
_____
_____
_____

THE CENTERTX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

Información específica que debe divulgarse:	**Incluir: (*Indicar inicializando*)**
□ Registro médico completo, incluidos los historiales de los pacientes, las notas del consultorio (excepto las notas de psicoterapia), los resultados de las pruebas, los estudios de radiología, las películas, las referencias, las consultas, los registros de facturación, los registros de seguros y los registros recibidos de otros proveedores de atención médica. □ Otro:_____	_____ Registros de abuso de drogas, alcohol o sustancias _____ Registros de salud mental (excepto notas de psicoterapia) _____ Información relacionada con el VIH/SIDA (Incluidos los resultados de las pruebas de VIH/SIDA) _____ Información genética (incluidos los resultados de las pruebas genéticas)

Formulario de autenticación de HIPAA 2015

La persona que firma este formulario acepta y reconoce losiguiente:

(i) **Autorización voluntaria:** Esta autorización es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios (según corresponda) no estarán condicionados a mi firma de este formulario de autorización.

(ii) **Período de Vigencia:** Esta autorización estará vigente hasta el primero de dos (2) años después de la muerte del paciente para quien se realiza esta autorización o la siguiente fecha especificada: Mes: _____ Día: _____ Año: _____ .

(iii) **Derecho arevocar:** Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al proveedor de atención médica o entidad de atención médica mencionado anteriormente. Entiendo que puedo revocar esta autorización excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.

(iv) **Informaciónespecial:** Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el abuso de **drogas, alcohol** y **sustancias, información de salud mental,**excepto notas de psicoterapia, **información confidencial relacionada con el VIH / SIDA,**e **información genética** sólo si coloco mis iniciales en las líneas apropiadas anteriores. En el caso de que la información de salud descrita anteriormente incluya cualquiera de estos tipos de información, y iniciale las líneas correspondientes en el cuadro anterior, autorizo específicamente la divulgación de dicha información a la persona o entidad aquí indicada.

(v) **Autorización defirma:** He leído este formulario y acepto los usos y la divulgación de la información como se describe. Entiendo que negarse a firmar este formulario no detiene la divulgación de información de salud que ha ocurrido antes de la revocación o que está permitida por la ley sin mi autorización o permiso específico. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una re-divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

FIRMAS:
Paciente/Representante Legal:_____ Fecha: _____

Si es representante legal, relación con el paciente: _____

THE CENTERTX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

Testigo (opcional): _____ Fecha:_____

Formulario de autenticación de HIPAA 2015

THE CENTERTX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

Aviso de protección de la privacidad

VII. RECONOCIMIENTO Y RESTRICCIONES SOLICITADAS.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido este *Aviso de Prácticas de Privacidad* antes de que la Práctica le proporcione cualquier servicio, y acepta el uso y la divulgación de su información médica como se establece en este documento, excepto como se indica expresamente a continuación.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido el Aviso de la *Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente* y que entiende sus derechos y responsabilidades como paciente con esta práctica.

Por la presente solicito las siguientes restricciones sobre el uso y/o divulgación (especifíquese según corresponda) de mi información:

_____

_____

_____

_____

_____

Nombre del paciente: _____
(Por favor, imprima el nombre)

Fecha de nacimiento del paciente: _____

FIRMAS:

Paciente/Representante Legal: _____ Fecha:_____

Si es representante legal, relación con el paciente:_____

Testigo (opcional) : _____ Fecha:_____

THE CENTERTX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

Por la presente autorizo la publicación de mis registros para:

Publicación de registros médicos

El Centro para el Cáncer y trastornos
de la sangre 800 W. Magnolia Ave
Fort Worth, TX 76104
Teléfono: 817-759-7000 Fax No. 817-333-0162

La siguiente información del registro médico/de facturación de:

Nombre del paciente: _ Dirección:_____

_____ _

_____

Fecha de nacimiento: _ SS#: _____

Finalidad de los registros:

☐ Solicitud de pacientesTratamiento/SegumentoFacturación/ReclamacionesAttorneySe seguro socialOtros

Tipo de información del registro médico /de facturación:

_____ Historia y Física

____Registros de

____ _Lab informa de

____ _Operative reporta

____ informes de rayos _X y/o películas cuando estén disponibles

____ Notas _Progress

_____ Informes de ECG

_____ Informes de patología

_____ facturación de _Consultation Notes

_____ todos los registros

_____ radiación y dosimetría

_____ Otro _____

Uso de sustancias / tratamiento de abuso, psiquiátricas, pruebas genéticas y / o publicación de registros de VIH / SIDA

La ley federal y estatal requiere una autorización específica de los pacientes para divulgar información confidencial. Entiendo que si mis registros médicos o de facturación contienen información en referencia al consumo/abuso de tabaco y/o alcohol, atención psiquiátrica, pruebas genéticas, enfermedades de transmisión sexual, pruebas de hepatitis B o C, pruebas y/o tratamiento del VIH/SIDA, y/u otra información sensible, debo aceptar específicamente su publicación marcando el espacio en blanco correspondiente. (TX HB300)

Notas de psicoterapia _ Sí, divulgue los resultados de las pruebas de no VIH/SIDA Sí, divulgue_____

_____ No

Información sobre el uso/abuso de sustancias Sí, divulgue los resultados _____de las pruebas genéticas

_ Sí, divulgue No_____

Entiendo que esta autorización será válida por 180 días a partir de la fecha de firma para liberar cualquier registro creado hasta la fecha de firma a menos que se revoque antes de ese momento o a menos que se especifique lo contrario. Cualquier registro creado después de la fecha de esta autorización requerirá una nueva autorización. Deseo que esta autorización esté en vigor hasta (fecha de vencimiento / evento). Excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en dependencia de esta autorización, en cualquier momento puedo revocar esta autorización enviando un aviso por escrito al Oficial de Privacidad de la instalación en la dirección anterior. Entiendo que mis registros son confidenciales y no pueden ser revelados sin mi autorización por escrito, excepto cuando la ley permita lo contrario. La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una re-divulgación por parte del destinatario y ya no estar protegida._____

_____ _ _ _____

Firma del paciente o representante legalFecha

_____

Autoridad para firmar si no es el paciente (Se puede requerir documentación)

THE CENTERTX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

Nombre de impresión: Fecha de nacimiento: Teléfono: _____

Evaluación del riesgo de cáncer hereditario

La mayoría del cáncer ocurre por casualidad y no se transmite de generación en generación. Sin embargo, en el 5-10% de los pacientes el cáncer puede deberse a factores genéticos específicos. Identificar el cáncer hereditario puede ser útil en el manejo clínico de su enfermedad o para saber si usted tiene un mayor riesgo de cáncer. También es importante para los miembros de su familia. Aprender más sobre sus antecedentes familiares es el primer paso. Complete la siguiente información sobre antecedentes familiares de cáncer.

Si usted tiene/tuvo cáncer:
Tipo de cáncer_____ Edad en el momento del diagnóstico____

Por favor, díganos sus antecedentes familiares de cáncer
¿Tu madre está viviendo? Noyes
¿Tu madre tenía cáncer? NoYesType?_____ Edad___

¿Está viviendo tu padre? Noyes
¿Tu padre tenía cáncer? NoYesType?_____ Edad__

¿Tienes hijos? NoYesSi sí, # niñas ¿Alguno de sus hijos ha sido diagnosticado con cáncer?_____ # chicos____
NoYesType?__ Edad__

¿Tienes hermanas y hermanos? NoYesSi sí, # de hermanas # hermanos ¿Alguno de ellos ha sido diagnosticado con cáncer?_____
NoYesType?__ Edad___
¿Tipo?_____ _____

¿Alguno de sus abuelos tiene/tuvo cáncer?
Abuela maternaNo SíSi, escriba_____ Edad___
Abuelo maternoNoYesSi sí, escriba__ _____

Abuela paternaNoYesSi sí, escriba abuelo paternoYesSi sí, escriba_____ Edad___
_____ _____

¿Cuántos hermanos y hermanas **tiene/tuvo tu** padre?
Hermanos Hermanas
_____

¿Alguno de ellos tenía cáncer? NoYesSi sí, escriba_____ Edad___

¿Cuántos hermanos y hermanas tiene **tu madre?**
Hermanos Hermanas
_____

¿Alguno de ellos tenía cáncer? NoYesSi sí, escriba_____ Edad___

Cualquier otro miembro de la familia con cáncer ¿Eres de ascendencia judía?
NoYesUncertain_____
(Las pacientes de ascendencia judía tienen un mayor riesgo de cáncer de mama hereditario).

_Date de firma del paciente_____

Visitas de Telemedicina

Durante la Emergencia de Salud Pública COVID-19, las visitas de telemedicina pueden ser programadas cuando se considere apropiado por su médico en El Centro, y cuando sea permitido por su plan de seguro de salud. El Centro utiliza la aplicación móvil pMD para las visitas virtuales.

Por favor, revise las instrucciones a continuación para obtener ayuda con la descarga y el uso de pMD. Debe utilizar un iPhone, Android o tableta para acceder a pMD.

¿Cómo puedo descargar pMD en mi teléfono móvil?

1. Recibirás un mensaje de texto de tu proveedor para descargar pMD.
2. Haz clic en el enlace para ir a la App Store (iPhone) o a la Google Play Store (Android).
3. Busca el icono y descarga la app pMD. Necesitarás iOS 11.2 o superior para iPhone y Android OS 6 o superior.
4. Una vez descargada la app, abre la aplicación e introduce tu número de móvil.
5. A continuación, recibirás otro mensaje de texto con un código de verificación y un enlace.
6. Pulsa sobre el enlace de verificación, y luego activa tu inicio de sesión biométrico o establece una contraseña. Ya has iniciado la sesión en pMD.
7. Se le pedirá que complete la configuración. Por favor, active la cámara, el micrófono y las notificaciones haciendo clic en el botón "Permitir" cuando aparezca. Estos ajustes son necesarios para participar en las visitas de telemedicina.

¿Usando una tableta? Por favor, siga los pasos 1-4 de arriba y luego siga las instrucciones de abajo:

1. Escriba su número de teléfono móvil cuando abra la aplicación pMD.
2. El código de verificación será enviado a su teléfono como un mensaje de texto.
3. Escribe el código de verificación del mensaje de texto en la aplicación pMD de tu tableta.
4. Activa el inicio de sesión biométrico o establece una contraseña y ¡ya está todo listo!

Aviso: La aplicación móvil pMD sólo está disponible en inglés.

THE CENTER TX

THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

EL FOLLETO DE BIENVENIDA

The Center Welcome Booklet

Cuidar de usted y su familia a la manera del centro

THE CENTER TX

THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

Nuestra Declaración de Misión

La misión del Centro del Cáncer y los Trastornos de la Sangre es cuidar a cada paciente como lo haríamos con un miembro preciado de nuestra familia.

El objetivo del Centro del Cancer y Trastornos de la Sangre es tratar a los pacientes de la manera en que nos gustaría ser tratados a nosotros mismos, proporcionando atención médica de calidad y compasiva a todos nuestros pacientes.

Queremos mantenerlos lo más saludable posible, capaz de permanecer en su propia casa y fuera del hospital respondiendo a tantas de sus necesidades médicas como podamos en nuestras oficinas ambulatorias.

Llámenos primero al:

817-759-7000

o gratis en

866-454-6560

Agregue este número a sus contactos de teléfono celular

Versión 08/2021

THE CENTER TX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

AVISO DE LA CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Este documento está destinado a informar a nuestros pacientes de sus derechos y responsabilidades mientras están bajo atención médica. En la medida permitida por la ley, los derechos del paciente pueden ser delineados en nombre del paciente a su tutor, pariente cercano, o persona responsable legalmente autorizada si el paciente: a) ha sido juzgado incompetente de acuerdo con la ley, b) se encuentra como médicamente incapaz de entender el tratamiento o procedimiento propuesto, c) es incapaz de comunicar sus deseos con respecto al tratamiento, o d) es un menor de edad. Si hay alguna pregunta con respecto al contenido de este aviso, notifíquelo a cualquier miembro del personal.

Derechos del Paciente

1. **Acceso a la atención.** Se le proporcionará acceso imparcial al tratamiento y a **los servicios dentro de la capacidad de esta práctica** y disponibilidad y en consonancia con ley aplicable s y la regulación s . Esto es cierto **independientemente de la** raza, credo, sexo, origen nacional, religión, discapacidad o discapacidad, o fuente de pago por cuidado o servicios.

2. **Respeto y dignidad.** Usted tiene derecho a **un cuidado considerado y respetuoso** y servicios en todo momento y bajo cualquier circunstancia. Esto incluye el reconocimiento de variables psicosociales, espirituales y culturales que pueden influir en la percepción de su enfermedad.

3. **Privacidad y Confidencialidad. Usted tiene derecho, dentro de la ley, a la** privacidad personal e informativa. Esto incluye el derecho a:

   - Ser entrevistado y examinado en entornos que seguros una privacidad razonable
   - Tener a una persona de su propio sexo presente durante un examen físico o tratamiento
   - No permanecer desmontado más tiempo del necesario para lograr tratamiento o servicios
   - Solicitar traslado a otra sala de tratamiento si un visitante es injustificadamente perturbador
   - Esperar que cualquier discusión o consulta con respecto a la atención se lleve a cabo discretamente
   - Espere que todas las comunicaciones escritas relacionadas con el cuidado sean tratadas como confidenciales
   - Esperar que los registros médicos sean leídos sólo por personas directamente involucradas en la atención, la calidad-actividades deaseguramiento, o el procesamiento

de reclamos de seguro. Ninguna otra persona tendrá acceso sin su autorización por escrito.

4. **Seguridad personal.** Usted tiene derecho a esperar una seguridad razonable con respecto a la práctica ' s procedimientos y el medio ambiente.

5. **Identidad. Usted tiene derecho a conocer la identidad y el** estatus profesional de cualquier persona que preste servicios y de qué médico u otro profesional es el principal responsable su cuidado.

6. **Información.** Usted tiene derecho a obtener información completa y actualizada sobre su diagnóstico (al grado conocido), su tratamiento, y cualquier pronóstico conocido. Esta información debe ser comunicada en términos que usted entienda. Expresar quejas/quejas con respecto al tratamiento o cuidado o falta de respeto de la propiedad, o recomendar cambios en la política, el personal o la atención/servicio sin restricción, interferencia, coacción, discriminación o represalia. Tener quejas/quejas con respecto al tratamiento o cuidado que se proporciona (o no se proporciona) .

7. **Comunicación.** Si usted no habla o entiende el idioma predominante de la comunidad, debe tener acceso a un intérprete. Esto es particularmente cierto cuando las barreras del idioma son un problema continuo.

8. **Consentimiento.** Usted tiene derecho a la información que le permita, en colaboración con el médico, tomar decisiones sobre el tratamiento.

   - Las discusiones de consentimiento incluirán una explicación de la condición, los riesgos y beneficios del tratamiento, así como las consecuencias de ningún tratamiento.

   - Excepto en el caso de incapacidad o emergencia potencialmentemortal,no será sometido a ningún procedimiento a menos que usted proporcione consentimiento voluntario y por escrito.

   - Se le informará si la práctica propone participar en proyectos de investigación o experimentales que afecten a su atención o servicios. Si es su decisión de no participar, seguirá recibiendo la atención más efectiva que la práctica de otro modo proporciona.

9. **Consulta. Usted tiene el derecho de aceptar o rechazar la** atención médica en la medida permitida por la ley. Sin embargo, si rechazar el tratamiento impide que la práctica brinde atención adecuada de acuerdo con las normas éticas y profesionales, su relación con esta práctica puede ser terminada con un aviso razonable.

10. **Cargos.** Independientemente de la fuente de pago de la atención proporcionada, usted tiene el derecho de solicitar y recibir explicaciones detalladas y detalladas de cualquier servicio facturado. Estar informado de cualquier beneficio financiero cuando se remita a una organización .

THE CENTERTX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

11. **Normas y Reglamentos.** Se le informará de las reglas y regulaciones de la práctica relativas a su conducta como paciente en este centro. Además, tiene derecho a información sobre la iniciación, revisión y resolución de las quejas de los pacientes.

Responsabilidades del paciente

1. **Manténganos informados con precisión. Usted tiene la responsabilidad de** proporcionar, a lo mejor de su conocimiento, información precisa y completa sobre su presentar quejas, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud, incluyendo cambios inesperados en su condición.

2. Siga su plan de**tratamiento.** Usted es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por el médico. Esto puede incluir seguir las instrucciones del personal de atención médicaa medida que llevan a cabo el plan coordinado deatención, implementan las órdenes del médico y hacen cumplir las reglas y regulaciones de práctica aplicables.

3. **Mantenga sus citas.** Usted es responsable de mantener las citas y, cuando no puede hacerlo por cualquier motivo, de notificar esta práctica.

4. **Asumir la responsabilidad por incumplimiento.** Usted es responsable de sus acciones si no sigue las instrucciones del médico. Si no puede seguir adelante con el plan de tratamiento prescrito, usted es responsable de informar al médico.

5. **Ser responsable de sus obligaciones financieras.** Usted es responsable de es garantizar que las obligaciones financieras de los servicios de atención médica se cumplan con la prontitud posible y para proporcionar información actualizada sobre los seguros.

6. **Sea considerado con los demás.** Usted es responsable de ser considerado de los derechos de otros pacientes y personal y de ayudar en el control del ruido, el tabaquismo y el número de visitantes. Usted también es responsable de ser respetuoso con la propiedad de práctica y la propiedad de otras personas que visitan la práctica.

7. Ser responsable de las opciones de estilo de **vida.** Su salud depende no sólo de la atención proporcionada en este centro, sino de las decisiones a largo plazo que tome en la vida diaria. Usted es responsable de reconocer los efectos de estas decisiones en su salud.

THE CENTER TX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD política

alcance:
Todos los empleados del Centro para el Cáncer y los Trastornos de la Sangre ("CCBD"), incluidos los empleados temporales, a tiempo parcial y a tiempo completo, contratistas independientes, médicos, funcionarios y directores.

propósito:
Para garantizar que las personas reciban la información que necesitan para comprender claramente cómo se puede usar o divulgar su información de salud, sus derechos bajo HIPAA con respecto a su información de salud y cómo pueden obtener acceso a su información de salud. Además, esta política establece los procedimientos administrativos relativos al mantenimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad del CCBD.

política:
Las personas tienen derecho a un aviso adecuado de los usos y divulgaciones de la información de salud protegida que puede hacer el CCBD, y de los derechos de los individuos y los deberes legales del CCBD con respecto a la información de salud protegida. **Nota** : una copia del Aviso de prácticas de privacidad para información médica protegida (el "Aviso") está disponible bajo petición.

Notificación:

- El Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible de la siguiente manera:

A) Se da una copia escrita a todos los pacientes la primera vez que reciben tratamiento o en el primer servicio. No es necesario proporcionar una copia por escrito del Aviso en visitas posteriores o en la entrega posterior de servicios.

B) También se puede publicar una copia del Aviso en la sala de espera o en el área de admisiones, donde se puede leer fácilmente, y en el sitio web si se mantiene uno.

C) Las copias impresas del Aviso se ponen a disposición de cualquier persona (sea o no un paciente) que solicite una copia.

D) Las copias del Aviso se pueden proporcionar electrónicamente siempre y cuando se le avise al paciente que también puede solicitar una copia por escrito.

Acuse de recibo de la notificación:

- La primera vez que el paciente recibe tratamiento o servicios, se le pide al paciente o al representante autorizado del paciente que firme un reconocimiento de que el Aviso fue proporcionado. Si no se puede obtener la firma de la persona, documente el intento de buena fe para obtener el acuse de recibo.
- Después de que el paciente firme y fecha el Aviso, el personal le dará una copia del Aviso al paciente y presentará la copia original en el registro médico.

Emergencias:

- En una emergencia, no es necesario proporcionar el Aviso u obtener acuse de recibo hasta después de que se haya resuelto la emergencia.

Revisiones al Aviso:

- Cualquier cambio en el Aviso de Prácticas de Privacidad de CCBD debe ser aprobado por el Oficial de Privacidad de CCBD / Vicepresidente de Cumplimiento de OneOncology para asegurar que el Aviso contenga todos los elementos requeridos y refleje con precisión las leyes federales y estatales. Antes de que CCBD pueda cambiar sus prácticas de privacidad de cualquier manera que sea inconsistente con la descripción actual, el Aviso se revisa para describir el cambio. La fecha de entrada en vigor del nuevo Aviso está impresa en el Aviso y no puede ser retroactiva.
- Cada vez que se revisa el Aviso, la copia revisada debe publicarse de manera prominente, y las copias escritas deben estar disponibles bajo petición. Si se realizan cambios significativos en el Aviso de prácticas de privacidad para información de salud protegida, se debe proporcionar una copia por escrito de la primera visita o primer servicio, y se debe obtener la firma del paciente como prueba de que proporcionó una copia. Las visitas posteriores no requerirán que se entregue una copia por escrito a menos que el paciente solicite una copia.

retención:

- CCBD debe conservar copias de los Avisos emitidos durante seis (6) años a partir de la fecha de su creación o la fecha en que estuvo en vigor por última vez, lo que sea posterior.

Formato de comunicación:

- CCBD tiene la obligación de tomar medidas para garantizar una comunicación efectiva con las personas con discapacidades, por lo que este Aviso puede estar disponible en formatos alternativos, como Braille, Letra Grande o Audio.

julio 01, 2021

THE CENTER TX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD política

Contacto para preguntas:

- Si una persona tiene alguna pregunta o no está segura acerca de los requisitos de esta política, dicha persona debe comunicarse con el Oficial de Privacidad de CCBD / Vicepresidente de Cumplimiento de OneOncology (complianceandprivacy@oneoncology.com).

julio 01, 2021

THE CENTER TX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

Información importante

El Centro del Cáncer y los Trastornos de la Sangre

Si necesita hablar con su médico o una enfermera, llame al número principal. Dirigiremos su llamada a la persona adecuada. Nuestros teléfonos son respondidos por operadores centralizados con la excepción de Stephenville.

Hay enfermeras especializadas de Triage para ayudarle con problemas médicos y inquietudes. **Número principal del centro: 817-759-7000 o número gratuito 866-454-6560** En días festivos: Todavía puede llamar a nuestro numero principal

Número de inclemencias del tiempo: **817-333-0110**

* También puede llamar a este número para obtener información en caso de un desastre natural local.

Nuestro sitio web: www.thecentertx.com

Horario de oficina:

Días laborables: 8:30am a 5:00pm Magnolia solamente: 8:00am a 6:00pm

Fines de semana: Sábado 10:00am a 2:00pm **(Fort Worth - Magnolia *con cita programada SOLAMENTE)**

Nuestras ubicaciones/números de marcado local:

Fort Worth- Magnolia	***817-759-7000***	***De lunes a viernes***
Burleson	***817-551-5312***	***De lunes a viernes***
Weatherford	***817-596-0637***	***De lunes a viernes***
Arlington	***817-333-3300***	***De lunes a viernes***
Fort Worth - Suroeste	***817-333-3282***	***Martes y jueves***
Pozos Minerales	***940-325-0627***	***Jueves***
Stephenville	***254-968-6051***	***Miércoles***
Granbury	***817-573-7338***	***Lunes, Martes, Jueves, Viernes***
Dallas	**972-490-5970**	**De lunes a viernes**
Las Colinas	**214-379-2700**	**De lunes a viernes**
Plano	**214-379-2700**	**De lunes a viernes**
Southlake	**214-379-2700**	**De lunes a viernes**

THE CENTER TX

THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

THE CENTER TX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

Números de contacto adicionales en nuestra clínica

Farmacia Al Por Menor: **817-333-0180**
Departamento de Investigación: **817-759-7023**
Registros Médicos: **Medicopy – Medicopy.net o 615-780-2741**
FMLA y papeleo de discapacidad: **Medicopy-615-780-3887**

OTROS NÚMEROS IMPORTANTES

Mi médico de atención primaria:

Nombre:_____ Número de teléfono: _____

Mi Farmacia:

Nombre:_____ Número de teléfono: _____

Otro médico:

Nombre:_____ Número de teléfono: _____

Otro médico:

Nombre:_____ Número de teléfono: _____

Centro de imágenes (fuera):

Nombre:_____ Número de teléfono: _____

Centro de mamografías:

Nombre:_____ Número de teléfono: _____

Hospital:

Nombre:_____ Número de teléfono: _____

THE CENTER TX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

AVISO SOBRE RECLAMACIONES

Cualquier queja interna debe ser reportada a un miembro del equipo de administración o póngase en contacto con EthicsPoint en:

Acceso al sitio web: https://secure.ethicspoint.com/domain/media/en/gui/59179/index.html
número gratuito de la línea directa: **844-673-5508**

Junta Médica de Texas
Atención: Investigaciones
333 Guadalupe, Torre 3, Suite 610
P.O. Box 2018, MC-263 Austin,
Texas 78768-2018
Asistencia en la presentación de una queja está disponible llamando al siguiente número de teléfono: 1-800-201-9353
www.tmb.state.tx.us

Junta De Farmacia del Estado de Texas
333 Guadalupe, Suite 3-600
Austin, TX 78701
1-800-821-3205
https://www.pharmacy.texas.gov/consumer/complaint.asp
Cualquier persona puede presentar una queja contra una farmacia, pero las quejas deben ser recibidas por escrito. Un consumidor puede llenar el formulario de queja en línea o llamar al número anterior para que le lo envíe n.o.

Información sobre quejas de ACHC
Sitio web: http://achc.org/contact/complaint-policy-process
Para obtener más información, puede comunicarse con ACHC al número gratuito (855) 937-2242 o 919-785-1214 y solicitar al Departamento de Quejas.

CMS Medicare

Si tiene Medicare Original, llame a su Organización de Mejora de la Calidad de la Atención Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO, por sus) para beneficiaria y en familia. Visite Medicare.gov/contacts o llame
1-800-MEDICARE para obtener el número de teléfono de su BFCC-QIO.

Si tiene un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO), un plan de medicamentos de Medicare u otro plan de salud de Medicare, llame al BFCC-QIO, a su plan o a ambos.

THE CENTER TX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

LA FARMACIA DEL CENTRO

Paquete de bienvenida

800 W. Magnolia Ave, Suite 130
Fort Worth, TX 76104
Teléfono: 817-333-0180
Fax: 817-759-7078

El Centro del Cáncer y trastornos de la sangre ofrece un farmacia médicamente integradopara ayudar a administrar su atención. La farmacia está ubicada en el primer piso de la clinica en el local de magnolia del Centro del Cáncer y Trastornos de la Sangre. El personaja de la farmacia entiende que su condición médica puede ser compleja y puede requerir conocimientos especiales al comunicarse con su proveedor médico y compañía de seguros. La Farmacia del Centro está dedicada a servirle a través de los siguientes servicios:

1. Médicamento integrado con su equipo de terapia contra el cáncer
2. Asistencia con la verificación de los beneficios del seguro de prescripción
3. Dispensación de medicamentos recetados para atención de apoyo
4. Dispensación de medicamentos de quimioterapia oral
5. Asesoramiento sobre nuevos medicamentos
6. Adherencia monitoring para quimioterapias orales
7. Obtención de asistencia financiera adicional cuando esté disponible
8. Recomendaciones de productos de venta libre
9. Productos de suplementos nutricionales
10. Productos de medicina integrada

THE CENTER TX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

La Farmacia del Centro

Información de contacto:

Teléfono: (817)333-0180
Fax: (817)759-7078

Horario comercial

Lunes a viernes
8:30a.m.-5:00p.m.

Un médico del Centro del Cáncer y trastornos de la sangre puede ser contactado las 24 horas del día:
(817) 759-7000
1-800-866-454-6560

Días festivos/cierres:

La farmacia sigue el mismo horario cierre de vacaciones que el Centro del Cáncer y los Trastornos de la Sangre.
La farmacia se reserva el derecho de cerrar en caso de emergencias o cualquier otro cierre de clínica.

Defensor del paciente para servicios de prescripción

Maria Hicks, PharmD
Farmacéutico encargo

THE CENTER TX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

Servicios de prescripción

Nuevas recetas
La Farmacia del Centro requiere que una receta sea escrita por un proveedor del Centro del Cáncer y trastornos de la sangre. La farmacia puede recibir recetas de la oficina del proveedor electrónicamente, por fax, por teléfono o puede traer una receta en papel. Una vez que se recibe la receta, el personal de la farmacia trabajará con su compañía de seguros para determinar el cronograma para el procesamiento (administración de autorizaciones previas, etc.) y cualquier gasto / copago de su bolsillo.

Reclamos de drogas y política de pago
Nuestra farmacia funciona con la mayoría de las principales compañías de seguros y presentará reclamaciones a su compañía en la fecha en que se reciba su receta. Si el reclamo es rechazado, un miembro del personal le notificará para que podamos trabajar juntos para resolver el problema.

Antes de que su receta sea surte,usted será informado de sus obligaciones financieras que pueden no estarcubiertos por su seguro u otras fuentes de terceros. Las obligaciones incluyen pero no se limitan a: gastos de bolsillo como deducibles y copagos. Su compañía de seguros determina su copago; no podemos descontar su copago. Los pagos se aceptan con tarjeta de crédito, cheque o efectivo.

Si no tiene cobertura de medicamentos recetados o si no puede pagar su copago, un miembro del equipo de farmacia lo referirá a un trabajador social del Centro del Cáncer y los Trastornos de la Sangre para ayudarlo a encontrar asistencia financiera para su receta.

Pedidos de recargas
Por favor llame durante el horario comercial normal 3 días antes que se quede sin medicación. También puede hacer que un miembro del personal de la clínica se comunique con la farmacia para solicitar una recarga en su nombre. Para las quimioterapias orales, un miembro del personal de la farmacia se comunicará con usted para organizar una nueva receta. Durante esta llamada, el miembro del personal confirmará que usted todavía está tomando el medicamento, que su prescriptor no ha cambiado la dosis y que usted no está teniendo efectos secundarios inmanejables.

Quimioterapias orales
La mayoría de las recetas de quimioterapia oral requerirán autorización previa de su plan de seguro. La Farmacia del Centro trabajará con su prescriptor para ayudarlo con el proceso de autorización previa. Este proceso puede tardar unos días hábiles en completarse. El equipo de farmacia se asegurará de que usted y elpresidente estén informados durante todo el proceso.

Cuando su receta esté disponible, un farmacéutico se pondrá en contacto con usted para

revisar:

1. Cómo tomar su medicamento
2. Interacciones potenciales con otros medicamentos
1. almacenamiento
2. Efectos secundarios
3. Cuándo llamar al proveedor
4. Eliminación de drogas

Un miembro del equipo de farmacia se pondrá en contacto con usted mensualmente para:

1. Revisar la medicación
2. Evaluar los efectos secundarios
3. Discuta cualquier pregunta que pueda tener
4. Programe su próxima recarga

Usted puede optar por no recibir llamadas telefónicas educativas o de adherencia en cualquier momento. Si desea optar por no participar, notifique a un miembro del equipo de farmacia.

Sustitución de medicamentos

A menos que se indique lo contrario, The Center Pharmacy surtirá todas las recetas con un genérico aprobado por la FDA cuando esté disponible. Por favor, póngase en contacto con la farmacia si tiene alguna pregunta sobre la sustitución.

Estado de la orden de medicación y retrasos

Puede llamar a The Center Pharmacy para verificar el estado de su receta. Si su medicamento se retrasa, un miembro del equipo de farmacia lo llamará para brindarle asistencia.

Medicamentos no disponibles en la farmacia de The Center

Es posible que no podamos surtir su medicamento porque algunos planes de seguro pueden requerir que usted llene su receta en otra farmacia, o porque no podemos adquirir el medicamentoencendido. Si esto sucede, le notificaremos y trabajaremos con su proveedor para que la receta se envíe a la farmacia correcta.

Si desea que su receta se transfiera a otra farmacia, comuníquese con la farmacia para transferir la receta en su nombre.

apoyo

La Farmacia del Centro está aquí para ayudarle a manejar su salud y la competitividad con su medicación. Cada vez que tenga una pregunta o problem, por favor póngase en contacto con nosotros lo mas pronto lo que es posible.

THE CENTER TX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

Términos de seguro de uso frecuente

Recargar demasiado pronto: Usted está tratando de volver a surtir una receta antes de lo que su compañía de seguros le permitirá. La mayoría de las compañías de seguros le permiten volver a surtir una receta una vez que se usa una cierta cantidad de su medicamento. Esto se basa en el número anticipado de días que su suministro actual debe durar. Si su dosis ha aumentado o se va de vacaciones, la farmacia puede comunicarse con el seguro para una posible anulación.

Límites de cantidad: Su proveedor ha escrito para una cierta cantidad de medicamento, pero es más de lo que su seguro cubrirá. Esto puede estar limitado a tabletas por día o por cuántos meses de medicamento puede recibir por llenado. El personal de la farmacia explicará esto y responderá a cualquier pregunta o inquietud.

Autorización previa: El medicamento que se le receta no está cubierto por su plan sin información de apoyo, como otros tratamientos probados y fallidos. El equipo de farmacia trabajará con el personal de su proveedor para obtener esta autorización y lo mantendrá actualizado durante todo el proceso.

Terapia escalonada: Su plan de seguro quiere que pruebe medicamentos alternativos, o "pasos", antes de que aprueben el medicamento recetado.

Copago: Esta es la parte del costo adeudado por el paciente después de que la compañía de seguros ha sido facturada. Dependiendo del plan de seguro, los copagos pueden ser fijos o variables por los servicios cubiertos recibidos.

Farmacia dentro de la red: Una farmacia que contrata con un plan de seguro para ofrecer servicios cubiertos a una tarifa más baja a los miembros de ese plan de seguro. El personal de la farmacia se comunicará con usted si alguna receta surtida tiene limitaciones de su compañía de seguros.

THE CENTER TX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

Preguntas frecuentes

p. ¿Qué es la quimioterapia oral?
R. La quimioterapia oral es un tratamiento con medicamentos que se administra por la boca para destruir las células cancerosas o impedir que crezcan. Estos medicamentos a menudo son caros, requieren educación del paciente y no están disponibles a través de la mayoría de las farmacias locales.

p. ¿Qué tan importante es tomar todos mis medicamentos?
R. Siguiendo las instrucciones de su receta tanto para la cantidad de la medicación que debe tomar y la longitud de tiempo que debe tomar es lo mejor que puede hacer para asegurar un curso exitoso de tratamiento. Entendemos que algunos medicamentos pueden tener efectos secundarios desagradables o pueden ser difíciles de administrar. Nuestro personal está disponible para ofrecer asesoramiento sobre cómo lidiar con estos problemas o para ponerse en contacto con su prescriptor sobre el manejo de estos efectos secundarios.

p. ¿Cuánto tiempo se tarda en recibir mi medicamento?
R. Una vez que su receta haya sido aprobada por el seguro y se haya resuelto cualquier problema financiero, la mayoría de los medicamentos estarán disponibles el siguiente día de trabajo.

p. ¿Qué pasa si tengo preguntas sobre mis medicamentos?
R. Si tiene preguntas sobre sus medicamentos, llame a la farmacia durante el horario comercial normal. Si es después del horario de atención y tiene efectos secundarios que requieren atención inmediata, llame al número principal del Centro del Cáncer y los Trastornos de la Sangre y pida hablar con el médico de guardia. Si tiene una emergencia, llame al 911 o atienda a la sala de emergencias más cercana.

p. ¿Qué hago si creo que hay un error en mi orden de prescripción?
R. Si usted siente que hay un error con su receta, por favor póngase en contacto con la farmacia de inmediato.

p. ¿Cómo me alertan si hay un retiro del medicamento?
R. La Farmacia del Centro notificará a cualquier paciente afectado de un retiro al nivel del consumidor. Puede pasar por aquí o comunicarse con la farmacia si tiene alguna pregunta sobre un retiro del mercado.

p. ¿Cuál es la políza sobre la devolución de medicamentos?
R. La ley de la farmacia prohíbe la devolución de medicamentos una vez que han sido recibidos por un paciente.

THE CENTER TX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

Eliminación de medicamentos

1. Siga las instrucciones de eliminación en la etiqueta del medicamento o en la información para el paciente que viene con su medicamento. No tire los medicamentos recetados por el inodoro a menos que esta información se lo indique. Consulte con su farmacéutico si no está seguro.
2. Si está disponible en su área, use un programa de devolución de drogas que le permita llevar los medicamentos no utilizados a un lugar central para su eliminación. Llámese al servicio de basura y reciclaje del gobierno de la ciudad o del condado para ver si su ciudad tiene un programa de este tipo.
3. Si las instrucciones de eliminación no se dan en la etiqueta del medicamento y no hay ningún programa de devolución disponible en su área, tire los medicamentos a la basura, pero primero:
    1. Sacarlos de los contenedores originales.
    2. Mézclelos con algo como café molido usado o basura para gatitos. El medicamento será menos atractivo para los niños y las mascotas, y irreconocible para las personas que pueden pasar por su basura.
    3. Coloque la mezcla en una bolsa sellable, lata vacía u otro recipiente. Esto evitará que el medicamento se escape o salga de la bolsa de basura.
    4. Para inhaladores y productos en aerosol, siga las instrucciones de manipulación y eliminación en la hoja de información del paciente. Estos artículos podrían ser peligrosos si se pinchan o se arrojan a un incendio o incinerador.
4. Consejos adicionales
    1. Antes de tirar un contenedor de drogas, rasque la información personal en la etiqueta como su nombre, el nombre del medicamento, etc. Esto ayudará a proteger su privacidad y su información de salud.
    2. No le dé medicamentos a sus amigos. Un medicamento que funciona para usted podría ser peligroso para otra persona.
    3. Si no está seguro de cómo deshacerse de su medicamento, hable con su farmacéutico.
    4. Los mismos pasos anteriores también se pueden usar para desechar los medicamentos de venta libre.

La información anterior está adaptada del artículo de la FDA, Cómo deshacerse de los medicamentos no utilizados, disponible en: https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/where-and-how-dispose-unused-medicines

Visite https://takebackday.dea.gov/ para obtener información sobre los eventos nacionales de Take Back

THE CENTER TX
THE CENTER FOR CANCER AND BLOOD DISORDERS

Ubicaciones de cuadros desplegables

Fort Worth

Los quioscos de eliminación de medicamentos están disponibles en cinco estaciones de policía para los residentes de Fort Worth solo de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

1. División Central, 501 Jones St, Fort Worth, TX 76102
2. División Este, 1100 Nashville, Fort Worth, TX 76105
3. División del Norte, St de 2500 N. Houston, Fort Worth, TX 76164
4. División del sur, avenida de 7650 McCart, Fort Worth, TX 76110
5. División Oeste, 3525 Marquita, Fort Worth, TX 76116

Actualmente hay dos quioscos de devolución de drogas en Fort Worth que están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana:

1. Walgreens, 6205 Westcreek Dr., Fort Worth, TX 76133
2. Walgreens 4520 Western Center Blvd., Fort Worth, TX 76137

Arlington

Las farmacias Walgreens siguientes tienen receptáculos de la disposición de la droga:

1. 3400 Matlock Rd
2. 2200 East Pioneer Pwy
3. 2410 Ballpark Way
4. 1116 Lamar del oeste

Burleson

Una caja de gota de drogas está disponible en el vestíbulo del Departamento de Policía de Burleson, 1161 SW Wilshire Blvd. Esta caja está disponible para el público de lunes a domingo, las 24 horas del día, para depositar medicamentos recetados y de venta libre innecesarios. Para obtener información adicional, comuníquese al 817-426-9947.

Weatherford

El Departamento de Policía de Weatherford, ubicado en 801 Santa Fe Dr., tiene una caja de recolección permanente en su vestíbulo disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para recoger todos los medicamentos recetados y de venta libre no deseados o vencidos.

Granbury

La Oficina del Sheriff del Condado de Hood ofrece a los residentes una manera segura de deshacerse de los medicamentos recetados usados o viejos. Simplemente reúna los medicamentos y colótelos en una bolsa de plástico. Hay una caja blanca en el estacionamiento. Los residentes del condado pueden colocar sus medicamentos no utilizados en la caja blanca segura los 7 días de la semana. El departamento pide que los residentes no dejen los inhaladores porque explotan en las incineradoras. Simplemente bombéelos hacia abajo y deséchelos en su basura regular. La oficina está ubicada en 400 Deputy Larry Miller Dr., Granbury, TX 76048. Para obtener información adicional, llame al 817-579-3316.

Visite https://apps2.deadiversion.usdoj.gov/pubdispsearch/spring/main?execution=e2s1 para buscar un colector autorizado en su área.