



Querido Cliente,

Gracias por su interés en el servicio de empaquetado de adherencia SureMed™ que ofrece Minnich's Pharmacy. Nuestro objetivo es simplificar el cumplimiento de la medicación para usted o su ser querido. SureMed es una solución ideal para quienes toman múltiples medicamentos y requieren un horario de dosificación de medicamentos.

Cada ciclo de SureMed de 14 días incluye todos los medicamentos de rutina organizados en blísteres de acuerdo con la dosis adecuada y la hora del día para cada medicamento. Este paquete de inicio contiene más instrucciones sobre el uso de SureMed.

**Al comenzar con SureMed, las siguientes son algunas cosas clave para recordar:**

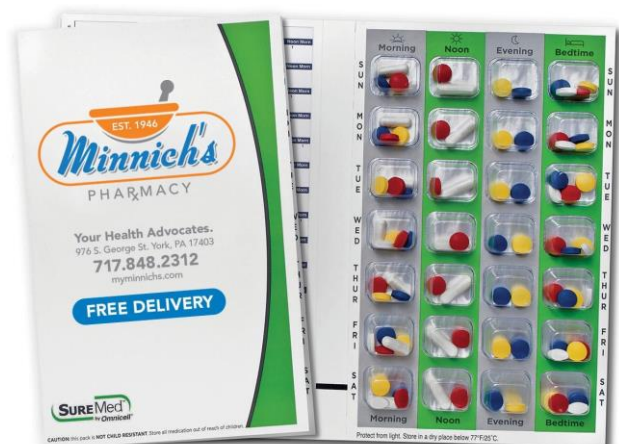
- **Asegúrese de llevar su paquete de SureMed a las citas con su médico, ya que contiene una lista actualizada de sus medicamentos actuales (en el interior del paquete).**
- **Asegúrese de que usted o su médico nos notifiquen cualquier cambio en sus medicamentos. Para su conveniencia, incluido con el servicio SureMed, volveremos a empaquetar cualquier cambio realizado en sus medicamentos según sea necesario.**

Agradecemos que confíe en Minnich's Pharmacy para brindarle a usted y a su familia nuestros servicios. Como farmacia independiente y de propiedad local, siempre es nuestro principal prioridad defender y cuidar la salud de nuestra comunidad.

Revise y complete los formularios incluidos en este paquete de inicio y avísenos si hay algo más que podamos hacer para ayudarle a comenzar con SureMed.

Gracias,

Scott Miller,  
Presidente,  
Minnich's  
Pharmacy





## FORMULARIO DE INICIO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCION POSTAL: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

NUMERO TELEFONICO: \_\_\_\_\_

### Información de seguro de prescripción médica

TIPO DE TARJETA: \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_ PCN #: \_\_\_\_\_

RX GROUP #: \_\_\_\_\_ BIN #: \_\_\_\_\_

### Dirección de Envío

La misma que arriba

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION POSTAL: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

NUMERO TELEFONICO: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL PACIENTE

MEDICO: \_\_\_\_\_

MEDICOS ESPECIALISTAS (SI ALGUNO): \_\_\_\_\_

METODO DE ENTREGA:

RECOGER

ENTREG

### Envases de medicamentos alternativos (marque una casilla)

SEGUN NECESIDAD:

Blister

Viales

Warfarin/Coumadin

Antibiotics



## Instrucciones para SureMed

Cada paciente recibirá 2 semanas de medicamentos a la vez. Comience cada paquete los domingos con la dosis de la mañana. Marque el día de la semana y la hora del día correspondientes (comenzando con el domingo por la mañana). La primera semana terminará el sábado con la burbuja de la hora de dormir. La semana 2 comenzará en el siguiente paquete el domingo por la mañana. Continúe marcando su medicamento durante la semana con los días de la semana y la hora del día correspondientes.

Llame a la farmacia si tiene alguna pregunta.

## Acuerdo de adherencia de SureMed

El servicio de empaquetado de adherencia SureMed™ se proporciona a pedido del paciente o cuidador. Este servicio está diseñado para garantizar que los pacientes sigan cumpliendo con sus medicamentos. La adherencia a la medicación puede resultar beneficiosa para la salud del paciente al reducir las hospitalizaciones, lo que puede ayudar a reducir los costos generales de atención médica. SureMed también puede aliviar la carga de tiempo que implica manipular y clasificar los medicamentos. El servicio de empaque de adherencia se brinda en incrementos de 2 semanas. El paciente / cuidador es responsable por los copagos y el costo de los medicamentos. Este servicio solo incluye medicamentos sólidos de rutina por vía oral. Los antibióticos, medicamentos según sea necesario, y los medicamentos de corto plazo se suministran en viales o en blísteres separados, según la elección del paciente / cuidador.

Es responsabilidad del paciente / cuidador asegurarse de que el médico comunique cualquier cambio en los medicamentos. El paciente / cuidador o la farmacia pueden suspender este servicio en cualquier momento si surge la necesidad. Sin embargo, el paciente / cuidador es responsable de cualquier cargo restante de copagos / tarifas.

Esperamos poder brindarle la mejor atención farmacéutica posible.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ NUMERO TELEFONICO: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CUIDADOR: \_\_\_\_\_ NUMERO TELEFONICO: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL CUIDADOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**Your Health Advocates.**  
976 S George St, York, PA 17403  
Ph: 717.848.2312 • Fax: 717.854.9501  
[www.myminnichs.com](http://www.myminnichs.com)