

¡Contáctenos hoy Mismo!

TFP Wellness Systems
12470 Telecom Drive, Suite 110W
Tampa, FL 33637

Tel.: 813-871-5161
Fax: 813-877-2479
Correo electrónico: TFP@tfpspecialty.com

Visítenos en la web:
www.tampafamilypharmacy.com

Escríbanos a través de nuestra plataforma digital segura de RPh. Solicite información de inscripción a un miembro del equipo.

Nuestra misión:

Su salud y bienestar de por vida son nuestro compromiso.

Gracias por elegir Tampa Family Pharmacy.

En TFP Wellness Systems nos dedicamos a brindar atención personalizada al paciente.

Nuestro equipo de farmacéuticos cuenta con amplia experiencia en diversas disciplinas farmacéuticas. ¡Siempre estamos listos para ayudarle!

Nos enorgullece brindarle atención farmacéutica y esperamos poder responder a cualquier pregunta que tenga sobre medicamentos especializados.



TFP
WELLNESS SYSTEMS



Para: Nuestro estimado paciente

Bienvenido a TFP Wellness Systems

Sobre Nosotros

Nosotros estamos ubicados en:
12470 Telecom Dr. Suite 110W
Tampa, FL. 33637.

Horario comercial normal:
Lunes –Jueves | 8:00am-5:30pm EST
Viernes | 8:00am-12:30pm EST
Sábado - Domingo | Cerrado
24/7 Farmacéutico disponible de guardia

En TFP nos complace ofrecer una variedad de servicios, que incluyen, entre otros:

- Asesoría sobre reembolsos para minimizar los gastos de bolsillo
- Entrega confidencial a domicilio o consultorio médico si la solicita
- Recordatorios para resurtir medicamentos
- Manejo de efectos secundarios y apoyo educativo

Responsabilidad

Financiera del Paciente

Los pacientes de TFP Wellness Systems son responsables de cualquier costo que no cubra el seguro. El pago se realiza al momento del servicio. Nuestro objetivo es reducir su costo al mínimo posible. Para su comodidad, aceptamos efectivo, giros postales y la mayoría de las principales tarjetas de crédito.

Recibir su Medicación

Damos la bienvenida a todos nuestros pacientes para que vengan a la farmacia y recojan sus recetas en persona.

O bien... ¡puede optar por utilizar nuestro servicio de entrega!

- Los medicamentos se empaquetan cuidadosamente.
- Los medicamentos se enviarán a la dirección que usted elija: casa, trabajo, consultorio médico, casa de un familiar, etc.
- Su paquete llegará en un plazo de 1 a 2 días hábiles.
- Para los paquetes que requieran firma, se puede proporcionar una hora estimada de llegada.

Recibir Medicamentos Durante una Emergencia

Recepción de medicamentos durante una emergencia

Entendemos que a veces pueden surgir circunstancias inesperadas. Afortunadamente, contamos con planes para garantizar que nuestros pacientes no se queden sin medicamentos durante una emergencia.

Emergencia:

En caso de que la farmacia deba ser evacuada o no sea accesible debido a una emergencia, se seleccionará un lugar diferente donde el personal pueda acceder a los expedientes de los pacientes y ayudarles a obtener sus medicamentos.

Para contactar a nuestro personal fuera del horario de atención:

1. Llame al (813)871-5161
2. Le conectaremos con nuestro servicio de contestador automático.
3. Deje un mensaje detallado en nuestro servicio de contestador automático.
4. Un farmacéutico de guardia le devolverá la llamada a la brevedad.

¿Preguntas, comentarios o quejas?

¡Nos gustaría saber de ti!

En TFP, nos esforzamos por brindar siempre un servicio excelente a nuestros pacientes. Por favor, díganos qué piensa. Le garantizamos asistencia rápida.

- Notifíquenos por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico.
- Los formularios de quejas también están disponibles en nuestro sitio web.
- Comparta su opinión completando encuestas de satisfacción. Se envían aleatoriamente a los pacientes.
- Las encuestas también están disponibles en nuestro sitio web.



Formulario de reconocimiento de paquetes de bienvenida

Confirme que ha recibido el paquete de bienvenida de TFP Wellness Systems firmando a continuación.

Los formularios completados se pueden enviar por correo a:

TFP Wellness Systems
12470 Telecom Drive, Suite 110W
Tampa, FL 33637

- ✓ He recibido su Paquete de Bienvenida, que incluye el Horario de Atención y el Alcance de los Servicios prestados, la Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente, el Aviso de Privacidad, la Responsabilidad Financiera del Paciente, la Educación para la Preparación para Emergencias y el formulario de Consentimiento Informado. Lo he leído detenidamente y lo comprendo perfectamente; por lo tanto, lo he firmado y se lo he enviado de vuelta según lo solicitado.
- ✓ He optado por usar y autorizar el consentimiento para que TFP Wellness Systems surta mis recetas y me las entregue* cuando sea necesario por seguridad y/o conveniencia y acepto firmar y devolver cualquier Registro de Entrega de Farmacia adjunto, ya que TFP Wellness Systems debe obtener una firma verificada de recibo para cada receta surtida.

Solo marque esta casilla si NO desea que le entreguen su(s) medicamento(s) y los recogerá en su lugar.

Nombre impreso _____

Firma _____ Fecha _____

PROPORCIONE INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Tenga en cuenta: No se compartirá ninguna información de salud protegida / HIPAA con esta persona.

Nombre _____

Teléfono # _____

Relación con el paciente _____

Gracias por elegir TFP Wellness Systems -- ¡Su solución de farmacia de por vida!



Tampa Family Pharmacy
 DBA: TFP Wellness Systems
 12470 Telecom Dr. Suite 110W, Tampa, FL. 33637
 Teléfono: 813-813-5161 | Fax: 813-877-2479
 Correo Electrónico: Advocate@tfpspecialty.com

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA A PERSONAS/FAMILIARES

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

De acuerdo con las normas de privacidad del Gobierno Federal implementadas a través de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), para que nuestros farmacéuticos o personal puedan discutir sus condiciones y/o medicamentos con los miembros de su familia u otras personas que usted designe, debemos obtener su autorización firmada.

Esta autorización para divulgar su información expirará en la fecha que se especifica a continuación. Es su responsabilidad informarnos por escrito si desea actualizar o modificar esta información.

Autorizo a TAMPA FAMILY PHARMACY a divulgar toda o cualquier información relacionada con mi atención médica/de recetas a las siguientes personas:

Nombre de Pila	Apellido	Relación	Teléfono #	Fecha de Vencimiento de la Autorización
1.				
2.				
3.				

**** Tenga en cuenta ****: Puede elegir la fecha de vencimiento para cada persona mencionada anteriormente. La fecha seleccionada se basa en su preferencia y la autorización será válida hasta esa fecha.

NO autorizo a Tampa Family Pharmacy a divulgar mi información médica protegida a ninguna persona.

Entiendo que puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento escribiendo a Tampa Family Pharmacy. Esta autorización estará vigente hasta la fecha de vencimiento indicada anteriormente.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



INICIACIÓN DE LOS SERVICIOS

Parte I: CONSENTIMIENTO EN LA RELACIÓN PACIENTE-PROVEEDOR

Nombre del paciente: _____

Nombre de la agencia: Tampa Family Pharmacy LLC. DBA TFP Wellness Systems

Dirección de la agencia: 12470 Telecom Drive, Suite 110W, Temple Terrace, FL. 33637

Doy mi consentimiento para entrar en una relación paciente-proveedor. Autorizo a Tampa Family Pharmacy LLC y a sus representantes a brindar atención médica de rutina. Entiendo que la atención médica de rutina es confidencial y voluntaria y puede implicar visitas al consultorio médico, incluida la obtención de historial médico, examen, suministro de medicamentos, administración de medicamentos, historial de recetas externas, pruebas de laboratorio, pruebas de ITS, investigación y / o procedimientos menores. Puedo interrumpir la relación en cualquier momento.

Parte II: DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONSENTIMIENTO (solo para fines de tratamiento, pago u operación de atención médica) Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información o datos médicos, que pueden incluir, entre otros, imágenes fotográficas; incluidas imágenes médicas, dentales, VIH/SIDA, ETS, TB, prevención de abuso de sustancias, psiquiátricas/psicológicas y de gestión de casos; para tratamiento, pago, investigación, calidad y operaciones de atención médica. La información médica sobre el trastorno por uso de sustancias no se divulgará sin autorización adicional de acuerdo con 42 CFR parte 2.

PARTE III: CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE DE MEDICARE, AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y SOLICITUD DE PAGO (Solo se aplica a pacientes de Medicare)

Como Paciente/Representante firmado a continuación, certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a la agencia mencionada a divulgar mi información médica a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios/aseguradoras para este o un reclamo relacionado con Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Asigno los beneficios pagaderos por los servicios del proveedor a la agencia mencionada anteriormente y la autorizo a presentar una reclamación a Medicare para el pago.

PARTE IV: CESIÓN DE BENEFICIOS (Solo se aplica a Terceros Pagadores)

Como Paciente/Representante firmado a continuación, asigno a la agencia mencionada anteriormente todos los beneficios proporcionados bajo cualquier plan de atención médica o póliza de gastos médicos. El monto de dichos beneficios no excederá los gastos médicos establecidos por la lista de tarifas aprobada. Todos los pagos en virtud de este párrafo deben hacerse a la agencia mencionada anteriormente. Soy personalmente responsable de los cargos no cubiertos por esta asignación.

PARTE V: MI FIRMA A CONTINUACIÓN VERIFICA LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y LA RECEPCIÓN DEL AVISO DE DERECHOS DE PRIVACIDAD

Firma del Paciente/Representante	Relación con el paciente	Fecha
Nombre en letra de imprenta del paciente/representante	Fecha de nacimiento del paciente	

Esta sección es SOLO para uso de oficina

Patient Name: _____
Pt DOB: _____
Pt ID: _____



TFP Wellness Systems
 Effective Date: 10/23/2015
Tel: 813-871-5161
Fax: 813-877-2479

¡Su solución de farmacia de por vida:

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO Y ENTREGA AL CLIENTE

TFP acepta la mayoría de las tarjetas de crédito principales. Complete este formulario para pagar copagos y/u otros cargos con tarjeta de crédito. TFP se pondrá en contacto con usted si se aplica un copago u otro cargo.

Por favor ingrese a continuación la información del paciente al que se le realizará este pago

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección de facturación _____
 Teléfono # _____
 Correo electrónico _____

Para darse de baja de la autorización de tarjeta de crédito, llame para obtener información de pago.

Tipo de tarjeta:	Visa	MasterCard	AmEx	Discover
(Seleccione todo lo que corresponda)	FSA/HSA	Llame para obtener autorización si el cargo excede \$_____		
Nombre en la Tarjeta	_____			
Numero de la Tarjeta	_____			
Fecha de expiracion	_____			
Numero CVV	_____	Código postal	_____	
(el numero de 3 digitos atras de su tarjeta Visa/MC o 4 digitos del frente de su AmEx)				

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

Autorizo a la empresa arriba mencionada a cargar el importe a la tarjeta de crédito indicada en este formulario de autorización, de acuerdo con los términos descritos anteriormente. Certifico que soy usuario autorizado de esta tarjeta de crédito y que no disputaré el pago con la compañía emisora de mi tarjeta de crédito, siempre que la transacción se ajuste a los términos indicados en este formulario.



Tampa Family Pharmacy | DBA: TFP Wellness Systems
 12470 Telecom Drive, Suite 110W, Tampa, FL. 33637
 Teléfono: (813) 871-5161 | Llamada gratuita: (866) 871-5670
 Fax: (813) 877-2479

Correo electrónico: TFP@TFPspecialty.com
 Sitio web: www.TampaFamilyPharmacy.com

Su Información. Sus Derechos. Nuestras Responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. Por favor, revíselo detenidamente.

Tus Derechos

En lo que respecta a su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia electrónica o impresa de su historial médico:	<ul style="list-style-type: none"> • Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su historial médico y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. • Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podríamos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo.
Pídanos que corrijamos su historial médico	<ul style="list-style-type: none"> • Puede solicitarnos que corrijamos la información médica que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo. • Podemos decir “no” a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días.
Solicitar comunicación confidencial	<ul style="list-style-type: none"> • Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente. • Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.
Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos	<ul style="list-style-type: none"> • Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones. • No estamos obligados a aceptar su solicitud y podríamos rechazarla si esto afectara su atención médica. • Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con su aseguradora médica para fines de pago o para nuestras operaciones. • Aceptaremos la solicitud a menos que la ley nos obligue a compartir dicha información.
Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información	<ul style="list-style-type: none"> • Puede solicitar un informe de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha de solicitud, con quién la compartimos y por qué. • Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con tratamiento, pago y operaciones de atención médica, así como otras divulgaciones (como las que nos haya solicitado). Le proporcionaremos un informe anual gratuito, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro en un plazo de 12 meses.
Obtenga una copia de este aviso de privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.
Elige a alguien que actúe por ti	<ul style="list-style-type: none"> • Si ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. • Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.
Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos	<ul style="list-style-type: none"> • Puede presentar una queja si considera que hemos vulnerado sus derechos. Para ello, póngase en contacto con nosotros a través de la información de contacto que figura más arriba. • No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. • Puede presentar una queja ante las siguientes agencias: <ul style="list-style-type: none"> ○ Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. ○ Junta de Farmacia de Florida - Teléfono: (850) 245-4339. Dirección postal: Servicios al Consumidor, 4052 Bald Cypress Way, Bin C75, Tallahassee, Florida 32399-3275. Para obtener información sobre cómo presentar una queja o reclamo ante otra junta de farmacia estatal, visite https://nabp.pharmacy/about/boards-of-pharmacy ○ También puede presentar quejas y reclamos a la Comisión de Acreditación para la Atención Médica, Inc. “ACHC” al 855-937-224.

Tus Opciones

Para cierta información de salud, puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, contáctenos. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartir información en caso de desastre.
- Incluir su información en un directorio del hospital.
- Contactarlo para recaudar fondos.

Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podremos compartir su información si consideramos que es lo mejor para usted. También podremos compartirla cuando sea necesario para mitigar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información
- Mayor intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted para realizar esfuerzos de recaudación de fondos, pero usted puede indicarnos que no lo contactemos nuevamente.

Nuestros Usos y Divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos habitualmente su información médica? Normalmente usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratarte	<ul style="list-style-type: none"> • Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Ejemplo: Un médico que lo atiende le pregunta qué otros medicamentos están tomando.
Dirige nuestra organización	<ul style="list-style-type: none"> • Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Ejemplo: Utilizamos su información de salud para gestionar su tratamiento y servicios.
Factura por tus servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Ejemplo: Le proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague sus servicios.

¿De qué otras maneras podemos usar o compartir su información médica? Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente para contribuir al bien común, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con cuestiones de salud y seguridad pública	<ul style="list-style-type: none"> • Podemos compartir información de salud sobre usted en determinadas situaciones, como: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Prevención de enfermedades ➢ Ayuda con el retiro de productos del mercado ➢ Reporte de reacciones adversas a medicamentos ➢ Reporte de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica ➢ Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona
Investigar	<ul style="list-style-type: none"> • Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.
Consentir con ley	<ul style="list-style-type: none"> • Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Continúa en la página 3...

Nuestros usos y divulgaciones

Continuación...

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos	<ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
Trabajar con un médico forense o un director de funeraria	<ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir información de salud con un forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona muere.
Abordar las solicitudes de compensación laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.	<ul style="list-style-type: none"> Podemos usar o compartir información de salud sobre usted: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Para reclamos de compensación laboral ➤ Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario de las fuerzas del orden ➤ Con agencias de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley ➤ Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial
Responder a demandas y acciones legales	<ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Sus Derechos con Respecto a la Privacidad de la Atención de la Salud Reproductiva

- Tenemos prohibido usar o divulgar su información médica protegida (PHI) para realizar una investigación penal, civil o administrativa sobre cualquier persona, o para imponer responsabilidad a cualquier persona, por el mero acto de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención médica reproductiva legal.
- La atención de salud reproductiva se define ampliamente como la atención, los servicios o los suministros relacionados con la salud de un individuo en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

Registros de Trastornos por Consumo de Sustancias

La información sobre el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias está protegida por la ley federal (Título 42 del Código de Reglamentos Federales, Parte 2). No divulgaremos estos registros sin su consentimiento por escrito, excepto en circunstancias limitadas, como emergencias médicas o para realizar tratamientos, pagos o atención médica.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la descrita aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos lo indica, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si cambia de opinión, infórmenos por escrito.
- Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los Términos de este Aviso

Este aviso entra en vigor el 16 de febrero de 2026. Podemos modificar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud en Tampa Family Pharmacy y en nuestro sitio web.

TFP Wellness Systems

DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Los pacientes tienen derecho a:

1. Recibir información completa, verbal o escrita, con antelación sobre los servicios/atención que se le proporcionarán.
2. Recibir información sobre cualquier cargo que pueda surgir antes del tratamiento o la administración de medicamentos.
3. Recibir un trato digno, cortés y respetuoso como persona única, sin discriminación.
4. Poder identificar a los empleados de la empresa por su nombre y cargo (placa identificativa, cargo) y hablar con un farmacéutico si así se lo solicita.
5. Elegir un proveedor de atención médica y farmacéutico.
6. Recibir información sobre el alcance de la atención/servicios que ofrece TFP, así como sobre cualquier limitación en la capacidad de la empresa para la atención/servicios.
7. Recibir, previa solicitud, información sobre prácticas basadas en la evidencia para la toma de decisiones clínicas (prospecto del fabricante, guías de práctica publicadas, revistas revisadas por pares, etc.), incluyendo el nivel de evidencia o consenso que describe el proceso de intervención en casos donde no existe investigación basada en la evidencia, evidencia contradictoria o ningún nivel de evidencia.
8. Recibir, con antelación a la prestación de los servicios, explicaciones completas, verbales o escritas, de los pagos previstos de Medicare o de cualquier otro pagador externo, los cargos de los que pueda ser responsable y una explicación de todos los formularios que se le solicite firmar.
9. Recibir medicamentos y servicios de calidad que cumplan o superen los estándares profesionales y de la industria, independientemente de su raza, religión, ideología política, sexo, situación socioeconómica, edad, estado de enfermedad, orden de no reanimar (DNR) o discapacidad, de acuerdo con las órdenes médicas.
10. Recibir medicamentos y servicios de personal cualificado y recibir instrucciones y formación sobre el manejo y la administración segura de medicamentos.
11. Recibir información sobre el estado de su pedido. Los pacientes o cuidadores pueden llamar al (813) 871-5161 y hablar con un empleado de farmacia de TFP.
12. Recibir respuesta inmediata a todas sus consultas.
13. Ser informado de sus derechos y responsabilidades durante todo el proceso de tratamiento.
14. Un paciente tiene derecho a conocer las normas y regulaciones que rigen su conducta.
15. Confidencialidad y privacidad de toda la información contenida en sus registros y de la Información Médica Protegida (salvo que la ley o los contratos con terceros pagadores dispongan lo contrario).
16. Si lo desea, ser derivado a otros proveedores de atención médica dentro de un sistema externo de atención médica (por ejemplo, dietista, servicios de salud mental, etc.). Los pacientes también pueden ser derivados a su médico para seguimiento.
17. Recibir información sobre cuándo y a quién se divulgó su información médica personal, según lo permita la legislación aplicable y lo especificado en las políticas y procedimientos de la compañía.
18. Expresar insatisfacción, inquietudes o quejas por falta de respeto, trato o servicio, y sugerir cambios en las políticas, el personal o los servicios sin discriminación, restricción, represalias, coerción ni interrupción irrazonable de los servicios. Los pacientes o cuidadores pueden llamar al (813) 871-5161 y solicitar hablar con un farmacéutico, supervisor o director de farmacia.
19. Solicitar que se investiguen adecuadamente las inquietudes, quejas o insatisfacción con los servicios.
20. Recibir asistencia con cualquier programa interno elegible que ayude con los servicios de gestión de pacientes, programas de copago del fabricante y de asistencia al paciente, y programas de planes de salud (programas para dejar de fumar, manejo de enfermedades, prevención del suicidio/salud conductual).
21. Tenga en cuenta el número de farmacia, (813) 871-5161, para fuera del horario de atención, así como para el horario comercial normal de lunes a jueves de 8a.m. a 5:30p.m., viernes de 8a.m. a 12:30p.m., sábado/domingo cerrado (EST).
22. Recibir información sobre cualquier cambio en el plan de servicios antes de que se realice.
23. Participar en el desarrollo y la revisión periódica del plan de atención/servicio.
24. Recibir información en una forma, formato y/o idioma que comprenda.
25. Que sus familiares, según corresponda y lo permita la ley, con su permiso o el de su representante para la toma de decisiones, participen en las decisiones sobre atención, tratamiento y/o servicios.
26. Estar plenamente informado de sus responsabilidades.
27. Ser inscrito automáticamente en el Programa de Gestión de Pacientes de TFP como paciente de TFP sin coste adicional. Tiene derecho a optar por no participar, rechazar la participación, revocar el consentimiento o darse de baja de cualquier servicio de TFP en cualquier momento. Para obtener más información sobre el Programa de Gestión de Pacientes, llame a TFP y pregunte por un farmacéutico clínico.
28. Conocer la filosofía y las características del Programa de Manejo de Pacientes, que su información médica personal se comparta con dicho programa únicamente de conformidad con las leyes estatales y federales, hablar con un profesional de la salud, recibir información sobre el programa y recibir información administrativa sobre cambios (o la terminación) del mismo.
29. Estar libre de maltrato, negligencia o abuso verbal, mental, sexual o físico, incluyendo lesiones de origen desconocido y apropiación indebida de la propiedad del cliente/paciente.
30. El paciente tiene derecho a expresar sus quejas, hacer sugerencias a la organización y presentar quejas ante la Junta de Farmacia de Florida. Teléfono: (850) 245-4339. Dirección postal: Servicios al Consumidor, 4052 Bald Cypress Way, Bin C75, Tallahassee, Florida 32399-3275. Para obtener información sobre cómo presentar una queja o reclamo ante la junta de farmacia de otro estado, visite <https://nabp.pharmacy/about/boards-of-pharmacy> para encontrar la información de contacto de su estado. También puede presentar quejas y reclamos ante la Comisión de Acreditación para la Atención Médica, Inc. (ACHC) al 855-937-2242.

Los pacientes tienen la Responsabilidad de:

1. Cumplir con el plan de tratamiento o servicio establecido por su médico y notificarle su participación en el Programa de Gestión de Pacientes de TFP.
2. Notificar a TFP si está hospitalizado, si hay cambios en su medicación o si hay otros asuntos relacionados con su salud.
3. Informar a su médico que es paciente de TFP y que está inscrito en nuestro Programa de Gestión de Pacientes.
4. Participar en el desarrollo de un plan eficaz de atención, tratamiento o servicios. Los farmacéuticos abordarán con usted cualquier inquietud o pregunta que tenga sobre su medicación. Los temas que se abordan incluyen la descripción general de la enfermedad, la medicación, la dosis, cuándo tomarla, las interacciones, los efectos secundarios y cualquier otro aspecto adecuado a sus necesidades específicas.
5. Participar en las revisiones periódicas del plan de atención y cualquier cambio implementado.
6. Proporcionar, según su leal saber y entender, información médica y personal precisa y completa necesaria para planificar y brindar atención o servicios.
7. Hacer preguntas sobre su atención, tratamiento o servicios.
8. Recibir aclaraciones de las instrucciones proporcionadas por los representantes de la compañía.
9. El paciente es responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del profesional de la salud.
10. Comunique cualquier información, inquietud o pregunta relacionada con los riesgos percibidos en sus servicios y los cambios inesperados en su condición.
11. Tratar al personal de la farmacia con respeto y dignidad, sin discriminación por color, religión, sexo u origen nacional o étnico.
12. Proporcionar un entorno seguro para que los representantes de la organización presten servicios.
13. Usar los medicamentos según las instrucciones proporcionadas, para el propósito para el que fueron recetados y solo para/en la persona a quien fueron recetados.
14. Comunicar cualquier inquietud sobre la capacidad para seguir las instrucciones proporcionadas.
15. Liquidar con prontitud los saldos pendientes, excepto cuando sea contrario a la ley federal o estatal.
16. Notificar a la farmacia sobre cualquier cambio en la receta o la cobertura del seguro.
17. Notificar a la farmacia inmediatamente sobre cualquier cambio de dirección o teléfono, temporal o permanente. Como parte del Programa de Gestión de Pacientes, usted tiene la responsabilidad de presentar los formularios necesarios para participar en el programa, en la medida que lo exija la ley, y de proporcionar información clínica y de contacto precisa, y de notificar al programa de gestión de pacientes sobre cualquier cambio en esta información.

A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO, todos los materiales de estas páginas son creados por TFP Wellness Systems. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de estas páginas, ya sea texto o imagen, podrá utilizarse para ningún otro fin que no sea el uso personal. Por lo tanto, queda estrictamente prohibida la reproducción, modificación, almacenamiento en un sistema de recuperación o retransmisión, en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico o de otro tipo, para fines distintos del uso personal, sin autorización previa por escrito.

Al firmar a continuación, certifico que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad y la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente de TFP Wellness Systems.

Firma: _____

Imprimir nombre: _____

Fecha de Firma: _____

Approved By: TFP Quality Committee Creation Date: 6/25/2014 Revision Date(s): 12/1/15, 3/1/16, 1/25/17, 5/30/19, 3/25/20, 3/18/24, 4/10/25, 2/16/26
--



FORMULARIO DE QUEJAS / INQUIETUDES DEL PACIENTE

En TFP nos esforzamos por garantizar un servicio excelente que se ajuste a nuestros valores. Tiene derecho a expresar sus inquietudes o quejas sobre el servicio en cualquier momento. Si no está satisfecho con nuestro servicio, tiene inquietudes sobre la seguridad o la calidad de la atención, le rogamos que se ponga en contacto con nuestro equipo directivo.

Cómo presentar una queja:

- Puede completar este formulario y enviarlo por fax al 813-877-2479, por correo electrónico a TFP@tfpspecialty.com o por correo postal a la dirección que figura a continuación.

Envíe el formulario por correo a: TFP Wellness Systems, 12470 Telecom Drive, Suite 110W, Tampa, FL. 33637

- Llame al 813-871-5161 o al número gratuito 866-871-5670 y pregunte por un farmacéutico o para hablar con un supervisor.
- Visite nuestro sitio web en <http://www.TampaFamilyPharmacy.com> para enviar sus inquietudes.
- Envíe sus quejas a la Junta de Farmacia de Florida. Teléfono: (850) 245-4339.
Dirección postal: Servicios al Consumidor, 4052 Bald Cypress Way, Bin C75, Tallahassee, Florida 32399-3275.
- Para obtener información sobre cómo presentar una queja o reclamo ante otra junta de farmacia estatal, visite <https://nabp.pharmacy/about/boards-of-pharmacy> para encontrar la información de contacto de su estado.
- Envíe sus quejas y reclamos a la Comisión de Acreditación para el Cuidado de la Salud, Inc. (ACHC) al 855-937-2242.

TFP se pondrá en contacto con usted en un plazo de 3 días naturales tras recibir su solicitud. Recibirá una respuesta telefónica o escrita de nuestra gerencia.

Gracias de antemano por informarnos sobre su inquietud. Seguiremos aprendiendo de nuestros pacientes y trabajando para mejorar la calidad de nuestros servicios.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Descripción del problema/preocupación/queja (incluya fechas, horas y nombres, si es posible):

Completado por (firma): _____ Fecha: _____

Relación con el paciente (si corresponde): _____

(SOLO PARA USO DE OFICINA)

Dirección del paciente: _____

Número de teléfono del paciente: (____) _____ - _____

Fecha de recepción: _____ Por: _____

Seguimiento por teléfono completado por: _____ Fecha: ____/____/____ hora: _____ AM/PM

Artículos Discutidos: _____

Resolución/medida tomada para resolver la queja: _____

Seguimiento por carta completado por: _____

(por favor adjunte la copia) Fecha completada: _____ Fecha de envío por correo: _____

Formulario completado por: _____ Fecha: _____

Nombre del afiliado: _____(opcional)

Medicamento y número de receta: _____(opcional)

Cobertura de medicamentos de Medicare y sus derechos

Tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura a su plan de medicamentos de Medicare para que le proporcionen o paguen un medicamento que usted cree que debe cubrirse, proporcionarse o continuarse. También tiene derecho a solicitar un tipo especial de determinación de cobertura llamada **“excepción”** si usted:

- Necesita un medicamento que no figura en la lista de medicamentos cubiertos de su plan.
- Considera que una norma de cobertura (como una autorización previa o un límite de cantidad) no debería aplicarse en su caso por razones médicas.
- Necesita tomar un medicamento no preferido y desea que el plan cubra el medicamento al precio de uno preferido.

Cómo solicitar una determinación de cobertura

Para solicitar una determinación de cobertura, usted o su médico pueden llamar al número de teléfono gratuito de su plan de medicamentos de Medicare que se indica en el reverso de su tarjeta de miembro del plan, o ir a la página web de su plan. Puede solicitar una decisión acelerada (en 24 horas) si su salud puede verse gravemente perjudicada por la espera de hasta 72 horas.

Esté preparado para informar a su plan de medicamentos de Medicare:

- El nombre del medicamento recetado, incluida la dosis y la potencia (si se conocen)
- El nombre de la farmacia en la que intentó surtir la receta
- La fecha en que intentó surtir la receta
- Si solicita una excepción, el médico deberá explicar por qué necesita un medicamento fuera del formulario o no preferido, o por qué no se le debe aplicar una norma de cobertura.

Su plan de medicamentos de Medicare le enviará una decisión por escrito. Si no se aprueba la cobertura y usted no está de acuerdo con esta decisión, tiene derecho a apelar. El aviso del plan le explicará por qué le denegaron la cobertura y cómo solicitar una apelación.

Obtenga ayuda y más información

Consulte los materiales de su plan o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información sobre cómo solicitar una determinación de cobertura. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda para comunicarse con su plan, llame al 1-800-MEDICARE.

Para obtener este formulario en un formato accesible (como letra grande, Braille o audio) comuníquese con su plan de medicamentos de Medicare. También tiene derecho a presentar una queja si considera que se le ha discriminado. Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). Se trata de una encuesta nacional que se realizará entre consumidores que actualmente tienen seguro médico a través del Mercado de Seguros Médicos o que no tienen seguro, y entre personas que actualmente tienen Medicare. La encuesta está diseñada para examinar la confianza en la toma de decisiones de atención médica, la confianza en la capacidad de comprender conceptos clave de los seguros médicos, el conocimiento de los seguros médicos y la toma de decisiones sobre los seguros médicos específicamente en relación con el Mercado de Seguros Médicos y Medicare. Las respuestas de las secciones de confianza y conocimiento de los seguros médicos se utilizarán para darnos una idea de cómo la educación sobre los seguros médicos afecta las decisiones sobre estos. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0975. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información voluntaria y no confidencial es de aproximadamente 1 minuto en promedio por encuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Preguntas frecuentes

¿Cómo me pongo en contacto con TFP?

- Puede ponerse en contacto con TFP a través de los siguientes métodos:
 - **Teléfono:** 813-871-5161 (línea gratuita: 866-871-5670)
 - **Fax:** 813-877-2479
 - **Correo electrónico:** TFP@tfpspecialty.com
 - **Texto:** Plataforma Digital del Farmacéutico (Pida a un miembro del equipo de TFP información adicional y que se registre)
 - **Aplicación móvil:** "My Community Pharmacy" (una vez descargada, busque Tampa Family Pharmacy por código postal: 33637)
 - **Sitio web:** www.TampaFamilyPharmacy.com
- Póngase en contacto con nosotros si tiene alguna pregunta o inquietud. Estamos aquí para responder a todas sus preguntas y podemos brindarle información adicional sobre el estado del pedido, el monto del copago y la asistencia, la presentación de reclamaciones, la cobertura de beneficios y mucho más.
- Si tiene algún efecto adverso al medicamento que le recetaron, comuníquese con su médico o farmacéutico de inmediato.

¿Cuándo está abierto TFP?

- Horario de atención:
 - De lunes a jueves de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. EST.
 - Viernes de 8:00am a 12:30pm EST.
- Un miembro del personal de TFP estará disponible para ayudarlo a través de cualquiera de nuestros métodos de contacto o en persona durante el horario comercial.
- Un farmacéutico está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para cualquier pregunta que pueda tener. Los farmacéuticos están disponibles para emergencias fuera del horario de atención llamando al número de teléfono de la farmacia y solicitando que se les devuelva la llamada con nuestro servicio de contestador.

¿Cómo solicito una nueva receta?

- Cuando su médico envía una receta a nuestra farmacia, un miembro del personal de TFP lo llamará para verificar toda su información y para programar la recogida o entrega (si lo solicita) de su nuevo medicamento.
- Su médico puede escribir electrónicamente o enviar una nueva receta por fax a TFP. Tenga en cuenta que algunos medicamentos de sustancias controladas no se pueden enviar por fax. La copia impresa de estas recetas debe llevarse o enviarse por correo a la farmacia.
- Su receta puede surtirse con un equivalente genérico según la ley estatal. Consulte a un farmacéutico si tiene alguna pregunta o inquietud.
- Un miembro del personal de TFP le informará si no podemos cumplir con la solicitud de medicamentos. Se le darán al paciente sugerencias sobre dónde encontrar el medicamento.
- Un farmacéutico de TFP con gusto transferirá su(s) receta(s) a otra farmacia o centro de atención médica si lo solicita. Además, TFP ofrecerá su perfil de medicamento a la nueva farmacia o centro de atención médica.

¿Cómo puedo volver a surtir mi receta?

- Si necesita solicitar un resurtido de su medicamento, puede hacerlo a través de cualquiera de nuestros métodos de comunicación enumerados anteriormente en la sección "¿Cómo me comunico con TFP?".
 - Durante el horario comercial, puede comunicarse con la farmacia a través de cualquiera de nuestros métodos de comunicación para solicitar que se surta su medicamento.
 - Fuera del horario de atención, puede solicitar un reabastecimiento llamando al número de teléfono de nuestra farmacia y dejando un mensaje no urgente para que el personal de la farmacia lo complete el siguiente día hábil.
 - Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, puede enviar su solicitud de reposición en nuestro sitio web (www.tampafamilypharmacy.com), así como a través de nuestra plataforma de mensajes de texto para farmacéuticos digitales o a través de nuestra aplicación móvil (My Community Pharmacy)
 - Cuando solicite una recarga, incluya lo siguiente en su mensaje:
 - Su nombre y apellido
 - Fecha de Nacimiento
 - Número de teléfono diurno
 - Nombre del medicamento y número de receta, si está disponible
- Un miembro del personal de TFP se comunicará con usted para programar su recarga una semana estimada antes de la fecha de vencimiento de su recarga.
- TFP rellenará y enviará automáticamente sus medicamentos si los solicita. Todos los datos demográficos deben estar actualizados cada 90 días para continuar con las recargas automáticas.
- Si se agota antes de que TFP se ponga en contacto con usted, o si desea solicitar su recarga con anticipación, contáctenos.
- Infórmele a un miembro del personal de TFP si se ha quedado sin resurtidos y desea que llamemos a su médico para obtener una nueva receta.
- Dígame a un miembro del personal de TFP si hay algún cambio con su salud, seguro o su dirección.
- Si necesita su receta rápidamente, infórmele a un miembro del personal de TFP para que su pedido pueda ser acelerado. Si no puede esperar una entrega, puede recogerla en TFP o puede preguntar sobre la transferencia de su receta a una farmacia local. La receta se puede transferir de nuevo a TFP para la próxima reposición.

¿Cuánto tiempo se tarda en recibir mi receta?

- Nuestro tiempo de procesamiento estándar es de menos de 24 horas. Esto no incluye el tiempo de entrega. Si el tiempo de procesamiento es superior a 24 horas, nos pondremos en contacto con usted. Le daremos opciones adicionales para que no se quede sin medicamentos.
- Un miembro del personal de TFP le informará si hay algún problema que pueda retrasar su medicación. Por ejemplo, autorizaciones previas o límites de cantidad permitidos por su compañía de seguros. TFP trabajará con usted y su médico para tratar de resolver rápidamente cualquier problema con el seguro. El personal de TFP lo ayudará a determinar la mejor manera de obtener el medicamento que necesita de manera oportuna.
- Los medicamentos se envían a través de nuestro servicio de mensajería privado, Crosstown o FedEx si su dirección está fuera del radio de entrega de nuestro servicio de mensajería. Priority Overnight está disponible para los medicamentos requeridos.
- Las recetas se envían para su entrega de lunes a viernes para entrega en 1-2 días hábiles.
- Algunos medicamentos requerirán su firma para la entrega. Un miembro del personal de TFP se pondrá en contacto con usted para programar la hora de entrega más conveniente para usted.

¿Por qué tengo que verificar o actualizar mi información demográfica cada 90 días?

- Un miembro del personal de TFP se comunicará con usted cada 90 días a través de su método de contacto preferido para revisar su información demográfica actual en el archivo. La información que revisamos incluye, entre otros, su número de teléfono, dirección postal, dirección de correo electrónico, condiciones médicas, medicamentos, alergias, así como otra información importante.
- La salud, la seguridad y la salud de nuestros pacientes son de suma importancia para nosotros y, por ello, hemos puesto en marcha políticas y procesos para garantizar que podamos cumplir con estos compromisos, que incluyen la revisión y actualización de su información demográfica cada 90 días para verificar su exactitud. Al verificar o actualizar su información demográfica con regularidad, podemos garantizar su seguridad y cumplir con las regulaciones de farmacia, así como con los requisitos de las compañías de seguros.

¿Por qué tengo que firmar un formulario que indica que recibí mi medicamento?

- Cada vez que se le envíe un medicamento para su entrega, se le pedirá que firme un formulario que confirme que usted, el paciente, recibió el medicamento. Este formulario se le enviará por correo electrónico o mensaje de texto a través de nuestra cuenta segura de DocuSign para su conveniencia.
- Este formulario se implementa para garantizar su seguridad, así como un requisito para cumplir con ciertas regulaciones farmacéuticas y estándares de compañías de seguros.

¿Cuánto costará mi receta?

- El costo de los medicamentos recetados variará según su seguro.
- Debido a que los precios de los medicamentos pueden cambiar a diario, no se puede determinar un copago hasta que se procese su reclamo. Luego le informaremos de su copago y le explicaremos si TFP está dentro o fuera de la red y las diferencias en el costo. También puede llamar al número de teléfono de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de seguro para obtener la información más actualizada.
- Si no puede pagar el costo de bolsillo de su medicamento, TFP lo ayudará a encontrar asistencia para copagos, programas de asistencia al paciente u otras organizaciones de apoyo y/o caridad. Visite el sitio web de TFP Wellness Systems para obtener más información sobre la asistencia al paciente.

¿Cómo puedo pagar mi pedido de medicamentos recetados?

- TFP acepta todas las principales tarjetas de crédito, cheques, efectivo o giros postales. Si está enviando un pago por correo, no lo haga en efectivo.

¿Cómo puedo deshacerme de mis medicamentos de manera segura?

- Visite el sitio web a continuación para ver una lista de medicamentos que se pueden tirar por el inodoro o vea el folleto que se proporciona en el paquete de bienvenida: <https://www.fda.gov/drugs/disposal-unused-medicines-what-you-should-know/drug-disposal-fdas-flush-list-certain-medicines#FlushListLinks>
- Si su medicamento no está en esta lista, consulte el folleto incluido en su paquete de bienvenida. Hay instrucciones sobre cómo deshacerse de sus medicamentos no deseados o vencidos.
- Un miembro del personal de TFP le notificará si hay un retiro del mercado de su medicamento y le dará instrucciones sobre qué hacer.

¿Qué es el Programa de Manejo de Pacientes?

- El Programa de Manejo de Pacientes está incluido sin costo alguno para usted, y usted se inscribe automáticamente como paciente de TFP. Puede optar por no participar en cualquier momento. Puede optar por no participar en el programa de manejo de pacientes llamando a la farmacia al (813) 871-5161, por fax al (813) 877-2479, por correo electrónico yourteam@tfpspecialty.com o en persona en la farmacia. También puede optar por no participar cuando el farmacéutico clínico lo llame para darle la bienvenida al programa y verifique que desea continuar con la evaluación inicial.
- Los farmacéuticos discutirán con usted cualquier inquietud o pregunta que tenga con respecto a su medicamento. Los temas discutidos incluyen la descripción general de la enfermedad, la medicación, la dosis, cuándo tomar la medicación, las interacciones, los efectos secundarios y cualquier otra cosa apropiada para sus necesidades específicas.
- Los beneficios de este programa, además de participar en el desarrollo de su plan de atención, incluyen el manejo de los efectos secundarios, la mejora de la salud en general, el aumento de la educación sobre enfermedades y medicamentos, y el aumento del cumplimiento de los medicamentos.
- Los límites de este programa dependen de usted como paciente. Debe estar dispuesto a seguir las instrucciones de su médico y farmacéutico, cumplir con su medicación, estar dispuesto a discutir los detalles de su enfermedad, su historial médico y las prácticas actuales con su farmacéutico para que pueda tener una comprensión completa de su situación.
- Por favor, hágale saber a su médico que usted es paciente de TFP y que está inscrito en nuestro Programa de Manejo de Pacientes. Una buena relación entre su médico y su farmacéutico beneficiará a todos los involucrados en su atención.
- Como parte del Programa de Manejo de Pacientes, usted tiene los derechos de: conocer la filosofía y las características del programa de manejo de pacientes, que la información de salud personal se comparta con el programa de manejo de pacientes solo de acuerdo con las leyes estatales y federales, hablar con un profesional de la salud, recibir información sobre el programa de manejo de pacientes y recibir información administrativa sobre cambios en (o terminación) del programa de manejo de pacientes.
- Como parte del Programa de Manejo de Pacientes, usted tiene las responsabilidades de: presentar los formularios que sean necesarios para participar en el programa, en la medida en que lo exija la ley, y proporcionar información clínica y de contacto precisa y notificar al programa de manejo de pacientes de los cambios en esta información.
- Para obtener más información sobre el Programa de Manejo de Pacientes, llame a TFP y pregunte por un farmacéutico clínico.

Un desastre puede ocurrir en cualquier momento y sin previo aviso. Al prepararse con antelación, puede asegurarse de tener los medicamentos necesarios y una preocupación menos en caso de emergencia.

Algunos consejos simples

■ No espere a que se le acaben los medicamentos para pedir más. Asegúrese de tener suficientes a mano. Si un desastre le obliga a abandonar su hogar, deberá llevar consigo medicamentos y suministros para al menos tres días, y más si las autoridades locales así lo aconsejan.

■ Mantenga todos sus medicamentos juntos para que pueda tomarlos rápidamente y llevarlos consigo si necesita evacuar.

■ Haga una lista de sus medicamentos y guárdela en su billetera, junto con su tarjeta de identificación de medicamentos recetados. Este folleto incluye una práctica tarjeta de información sobre medicamentos que puede usar para registrar dicha información y otros datos importantes que pueda necesitar para obtener sus medicamentos.

■ Considere discutir su plan de desastre de medicamentos con su médico, especialmente si el medicamento que toma tiene requisitos de envío especiales o requiere equipo electrónico (como un nebulizador) para su administración.

■ Si tiene un hijo que toma medicamentos recetados regularmente, es una buena idea hablar con la guardería o la escuela de su hijo sobre su plan para abordar los medicamentos de su hijo y sus necesidades de medicamentos en caso de emergencia.

Información Adicional

Para obtener más información, visite los siguientes sitios web:

Cruz Roja Americana: www.redcross.org

División de Gestión de Emergencias de Florida: www.floridadisaster.org

Agencia Federal para el Manejo de Emergencias: www.fema.gov

Mi doctor Nombre: _____

Número telefónico: _____

Mi farmacia minorista participante nombre: _____

Número telefónico: _____

Dirección de mi oficina de correos local: _____

Número telefónico: _____

TFP Wellness Systems

Teléfono: 813-871-5161

Teléfono gratuito: 1-866-871-5670



Creación de un plan de desastre de medicamentos



Consejos sencillos para planificar con antelación

Cómo puede ayudar TFP

Si se encuentra sin sus medicamentos recetados durante un desastre, podemos ayudarle a conseguirlos lo antes posible.

Llámenos de inmediato al 813-871-5161 o al número gratuito 1-866-871-5670.

Entrega

Durante una emergencia, incluyendo desastres naturales, asegúrese de mantenernos informados de cualquier cambio en su ubicación para que podamos coordinar la entrega de sus medicamentos a una dirección alternativa. Recuerde planificar con anticipación, ya que estas situaciones pueden ocasionar retrasos en las entregas.

En caso de omisión de un tratamiento o entrega debido a una emergencia, el paciente o su cuidador debe comunicarse inmediatamente con nuestra farmacia para informar la omisión y recibir más instrucciones. Un miembro del equipo de farmacia evaluará la situación, brindará orientación para garantizar la seguridad del paciente y coordinará la reprogramación del tratamiento o la entrega acelerada tan pronto como las condiciones lo permitan. Si el paciente experimenta síntomas urgentes o potencialmente mortales relacionados con la omisión del tratamiento, debe llamar al 911 o buscar atención médica de emergencia de inmediato.

Levantar

También podemos recoger sus medicamentos en nuestra farmacia. En caso de emergencia o desastre natural, si no se puede realizar el envío ni la entrega y no puede recoger sus medicamentos, podemos transferir su(s) receta(s) a la farmacia más cercana para su comodidad.

Tarjeta de información de medicamentos

Complete la tarjeta a continuación y guárdela junto con su tarjeta de identificación de medicamentos recetados. Así, tendrá la información necesaria para obtener sus medicamentos en caso de emergencia.

Si otros miembros de su hogar toman medicamentos regularmente, haga copias de la tarjeta para usarla también para su información.

Planificar con anticipación sus medicamentos significa una cosa menos de la que preocuparse en caso de emergencia.



Medicamentos que tomo

Enumere el nombre del medicamento, la potencia (por ejemplo, 500 mg), la forma de dosificación (tableta, cápsula o líquido) y las instrucciones de uso de cada medicamento que toma.

Nombre del medicamento: _____
Fortaleza: _____ Forma de dosificación: _____
Instrucciones: _____

Nombre del medicamento: _____
Fortaleza: _____ Forma de dosificación: _____
Instrucciones: _____

Nombre del medicamento: _____
Fortaleza: _____ Forma de dosificación: _____
Instrucciones: _____

Nombre del medicamento: _____
Fortaleza: _____ Forma de dosificación: _____
Instrucciones: _____

Consideraciones especiales

Al desarrollar un plan de emergencia, estará un paso por delante en caso de desastre. Aquí hay algunas otras cosas que puede preparar con antelación:

Cuando los medicamentos requieren refrigeración

Tenga a mano una hielera portátil que pueda llenar con hielo para mantener sus medicamentos a la temperatura adecuada si necesita estar fuera de casa.

Temperatura adecuada si necesita estar fuera de casa.

Prepárese para actuar. Si se corta la luz, deberá llevar consigo medicamentos y suministros para al menos tres días (más si las autoridades locales lo recomiendan) al hospital o albergue más cercano.

Cuando tengas que abandonar tu casa por unos días

Prepare un botiquín de emergencia con todos los medicamentos sin receta que pueda necesitar (por ejemplo, aspirina u otros analgésicos, medicamentos para el resfriado y antiácidos). También puede guardar una copia de su tarjeta de información sobre medicamentos en este botiquín.

La ayuda está disponible en cualquier momento, de día o de noche.

Simplemente llame a TFP al

**TFP Wellness Systems
12470 Telecom Dr. Suite 110 W Tampa, FL 33637
Teléfono: 813-871-5161
Número gratuito: 1-866-871-5670**



Necesito deshacerme de este medicamento.

Opciones de Eliminación de Medicamentos

¿Tiene un medicamento del que quiera deshacerse?

¿Tiene una opción de devolución de medicamentos fácilmente disponible?

Consulte [el sitio web de la DEA](#), además de su farmacia y estación de policía local para conocer cuáles son las opciones posibles.

NO

SÍ

¿Está en [la lista de la FDA](#) para tirar al inodoro?



NO

Siga las [instrucciones de la FDA para desechar medicamentos en la basura del hogar.](#)

SÍ

[Inmediatamente tire el medicamento en el inodoro.](#) Tache toda la información personal del frasco y recíclelo/tírelo.



Lleve el medicamento a un sitio de devolución de medicamentos.

¡Hágalo rápidamente para los medicamentos de la [lista de la FDA para tirar al inodoro!](#)



Preguntas frecuentes sobre la seguridad del paciente de TFP

Lavarse las manos

Usted puede ayudarse a sí mismo y a sus seres queridos a mantenerse saludables lavándose las manos con frecuencia, especialmente durante estos momentos clave en los que es probable que contraiga y propague gérmenes:

- Antes, durante y después de preparar los alimentos.
- Antes de ingerir alimentos.
- Antes y después de cuidar a alguien en casa que está enfermo con vómitos o diarrea.
- Antes y después de tratar un corte o herida.
- Después de ir al baño.
- Después de cambiar pañales o limpiar a un niño que ha ido al baño.
- Después de sonarse la nariz, toser o estornudar.
- Después de tocar un animal, alimento para animales o desechos de animales.
- Después de manipular alimentos o golosinas para mascotas.
- Después de tocar la basura.

Siga cinco pasos para lavarse las manos de la manera correcta

Lavarse las manos es fácil y es una de las formas más efectivas de prevenir la propagación de gérmenes. Las manos limpias pueden evitar que los gérmenes se propaguen de una persona a otra y a través de toda una comunidad, desde su hogar y lugar de trabajo hasta las guarderías y hospitales.

Siga estos cinco pasos cada vez:

1. **Mójese** las manos con agua corriente limpia (tibia o fría), cierre el grifo y aplique jabón.
2. **Enjabona** tus manos frotándolas con el jabón. Enjabona el dorso de las manos, entre los dedos y debajo de las uñas.
3. **Frótese** las manos durante al menos 20 segundos. ¿Necesitas un temporizador? Tararea la canción de "Feliz cumpleaños" de principio a fin dos veces.
4. **Enjuáguese** bien las manos con agua corriente limpia.
5. **Séquese** las manos con una toalla limpia o séquelas al aire.

Use desinfectante de manos cuando no pueda usar agua y jabón

Lavarse las manos con agua y jabón es la mejor manera de deshacerse de los gérmenes en la mayoría de las situaciones. Si no dispone de agua y jabón, puede usar un desinfectante de manos a base de alcohol que contenga al menos un 60 % de alcohol. Puede saber si el desinfectante contiene al menos un 60 % de alcohol mirando la etiqueta del producto.

Los desinfectantes pueden reducir rápidamente la cantidad de gérmenes en las manos en muchas situaciones. **Sin embargo,**

- Los desinfectantes no eliminan todo tipo de gérmenes.
- Es posible que los desinfectantes de manos no sean tan efectivos cuando las manos están visiblemente sucias o grasientas.
- Es posible que los desinfectantes de manos no eliminen los productos químicos nocivos de las manos, como los pesticidas y los metales pesados.

Cómo usar el desinfectante de manos:

- Aplique el producto en gel en la palma de una mano (lea la etiqueta para saber la cantidad correcta).
- Frótese las manos.
- Frote el gel sobre todas las superficies de sus manos y dedos hasta que sus manos estén secas. Esto debería tomar alrededor de 20 segundos.

Información de seguridad en el hogar

Estas son algunas pautas útiles para ayudarlo a vigilar cuidadosamente su hogar y mantener hábitos seguros. La forma segura es siempre la forma correcta de hacer las cosas. Los atajos pueden doler. Corrija las condiciones inseguras antes de que causen un accidente. Asume la responsabilidad. Mantenga su hogar seguro. Tenga a mano los números de teléfono de emergencia.

Medicación

- Si hay niños en casa, guarde los medicamentos y los venenos en recipientes a prueba de niños y fuera de su alcance.
- Todos los medicamentos deben estar etiquetados claramente y dejarse en sus envases originales.
- No dé ni tome medicamentos que le hayan sido recetados a otras personas.
- Cuando tome o administre medicamentos, lea la etiqueta y mida las dosis cuidadosamente.
- Conozca los efectos secundarios del medicamento que está tomando.
- No deseche los medicamentos vencidos tirándolos por el lavabo o tirándolos por el inodoro.

Resbalones y/o Caídas

Los resbalones y caídas son los accidentes más comunes y, a menudo, los más graves en el hogar. Estas son algunas cosas que puede hacer para prevenirlos en su hogar.

- Organice los muebles para evitar una carrera de obstáculos.
- Instale pasamanos en todas las escaleras, duchas, bañeras e inodoros.
- Mantenga las escaleras despejadas y bien iluminadas.
- Coloque alfombras o rejillas de goma en las duchas y bañeras.
- Use bancos de baño o sillas de ducha si tiene debilidad muscular, dificultad para respirar o mareos.
- Limpie inmediatamente toda el agua, aceite o grasa derramados.

- Recoja y mantenga las sorpresas fuera de sus pies, incluidos los cables eléctricos y las alfombras.
- Mantenga los cajones y armarios cerrados.
- Instala una buena iluminación.

Elementos de movilidad

Al usar elementos de movilidad para desplazarse, como bastones, andadores, sillas de ruedas o muletas, debe tener especial cuidado para evitar resbalones y caídas.

- Tenga mucho cuidado para evitar el uso de andadores, bastones o muletas en superficies resbaladizas o mojadas.
- Coloque siempre las sillas de ruedas o los andadores sentados en la posición de bloqueo cuando esté de pie o antes de sentarse.
- Use zapatos cuando use estos artículos y trate de evitar obstáculos en su camino y superficies blandas e irregulares.

Levantamiento

Si es demasiado grande, demasiado pesado o demasiado incómodo para moverlo solo, OBTENGA AYUDA. Estas son algunas cosas que puede hacer para prevenir el dolor o las lesiones en la parte baja de la espalda:

- Párese cerca de la carga con los pies separados para mantener un buen equilibrio.
- Doble las rodillas y "ponte a horcajadas" sobre la carga.
- Mantenga la espalda lo más recta posible mientras levanta y transporta la carga.
- Evite torcer el cuerpo cuando lleve una carga.
- Planifique con anticipación, despeje su camino.

Accidentes Eléctricos

Esté atento a las señales de advertencia tempranas; sobrecalentamiento, olor a quemado o chispas. Desenchufe el electrodoméstico y haga que lo revisen de inmediato. Estas son algunas cosas que puede hacer para prevenir accidentes eléctricos:

- Mantenga los cables y aparatos eléctricos alejados de agua o fugas.
- No enchufe los cables debajo de las alfombras, a través de las puertas o cerca de calentadores. Revise los cables para ver si están dañados antes de usarlos.
- Los cables de extensión deben tener un cable lo suficientemente grande para electrodomésticos más grandes.
- Si tiene un tomacorriente o cable roto, repárelo de inmediato.
- Utilice un enchufe de 3 hilos con conexión a tierra para evitar descargas eléctricas en caso de falla eléctrica.
- No sobrecargue los tomacorrientes con demasiados enchufes.
- Utilice adaptadores de tres clavijas cuando sea necesario.

¿Huele a gas?

- Abra las ventanas y puertas inmediatamente.
- Apague los electrodomésticos involucrados. Es posible que pueda consultar la parte delantera de su guía telefónica para obtener instrucciones sobre cómo apagar el gas de su hogar.
- No use fósforos ni encienda interruptores eléctricos.
- No use el teléfono, ya que al marcar pueden crear chispas eléctricas.
- No encienda velas.
- Llame a su compañía de gas desde la casa de un vecino.
- Si su compañía de gas ofrece inspecciones anuales gratuitas, aprovéchelas.

Fuego

Planifique con anticipación y practique su escape en caso de incendio. Busque un plan que tenga al menos dos formas de salir de su casa. Si su salida de incendios es a través de una ventana, asegúrese de que se abra fácilmente. Si está en un apartamento, sepa dónde se encuentran las escaleras de salida. No use el ascensor en una emergencia de incendio. Puede notificar al departamento de bomberos con anticipación si tiene una discapacidad o necesidades especiales. Estas son algunas medidas para prevenir incendios:

- Instala detectores de humo. Son su mejor alerta temprana. Pruebe con frecuencia y cambie la batería cada año (o según sea necesario).
- Si hay oxígeno en uso, coloque un letrero de "No fumar" a la vista de todas las personas que ingresan a la casa.
- Deseche los periódicos, revistas y cajas viejas.
- Vacíe las papeleras y los botes de basura con regularidad.
- No permita ceniceros ni arroje fósforos a las papeleras a menos que sepa que están fuera. Mójate primero o échalo en el inodoro.
- Revise la chimenea y la chimenea con frecuencia. Busque y repare grietas y mortero suelto. Mantenga el papel, la madera y las alfombras alejados de las áreas donde puedan golpearlos las chispas.
- Tenga cuidado al usar calentadores de espacio.
- Siga las instrucciones cuando use una almohadilla térmica para evitar quemaduras graves.
- Revise su caldera y tuberías con regularidad. Si las paredes o techos cercanos se sienten calientes, agregue aislamiento.
- Mantenga un extintor de incendios en su hogar y sepa cómo usarlo.

Si tiene un incendio o sospecha de incendio:

- Tome medidas inmediatas según el plan: escapar es su principal prioridad.
- Obtenga ayuda en el camino, sin demora. LLAME AL 9-1-1.
- Si la escalera de incendios está cortada, cierre la puerta y selle las grietas para contener el humo. Señal de ayuda desde la ventana.