

Formulario de Solicitud de Cystic Fibrosis Foundation *Compass*

Utilice este formulario para solicitar asistencia de CF Foundation *Compass*

- ¿Está usted actualmente asegurado?
- ¿Le gustaría recibir asistencia para solicitar los beneficios del Seguro Social?
- ¿Está experimentando problemas con la cobertura o reembolso de los medicamentos o tratamientos por parte del seguro?
- ¿Necesita ayuda para solicitar asistencia financiera por los costos asociados con los medicamentos o los tratamientos?
- ¿Le gustaría que un administrador de casos de *Compass* se comunique con usted para asistirlo?

<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO

Información del paciente:

Nombre:		Apellido:	
Fecha de nacimiento:		Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado civil:
Domicilio:			
Ciudad:	País:	Estado:	Código postal:
Nro. de teléfono del domicilio:		Nro. de celular:	
Dirección de correo electrónico:			
¿Ya se diagnosticó al paciente con FQ? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Es el solicitante menor de 18 años? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, ingresar la información del padre/tutor en los espacios abajo:	
¿Cuál es su relación con la persona con FQ?			
Nombre:	Relación:	Nro. de teléfono:	
Nombre:	Relación:	Nro. de teléfono:	

Información del proveedor del paciente:

Nombre del médico/proveedor para FQ:		Nombre del Coordinador del Centro Médico/Administrador de casos:	
Nombre del establecimiento/centro médico:		Dirección de correo electrónico del proveedor:	
Nro. de teléfono del proveedor:		Nro. de fax del proveedor:	
Información de la farmacia del paciente:		Nro. de teléfono de la farmacia:	
Información de la farmacia especializada:		Nro. de teléfono de la farmacia especializada:	
Medicamentos prescritos para la FQ: 1)	2)	3)	4)
5)	6)	7)	8)

Información del Seguro Médico del paciente: (Incluir la información más actual)

Nombre de la Compañía de seguro primario:
Número de afiliado del suscriptor:
Nro. de teléfono de los servicios para afiliados del seguro primario:
Nombre de la compañía de seguro secundario:
Número de afiliado del suscriptor:
Nro. de teléfono de los servicios para afiliados del seguro secundario:



CONSENTIMIENTO PARA QUE *COMPASS* PRESTE SERVICIOS

Cystic Fibrosis Foundation (CFF) *Compass* presta diversos servicios para asistir a las personas con fibrosis quística (FQ) y a sus cuidadores. Estos servicios, que *Compass* puede cambiar ocasionalmente, pueden incluir ayuda para obtener cobertura de seguro, asistencia financiera, servicios sociales, etc. Antes que *Compass* pueda ayudarlo, usted debe completar este formulario de consentimiento de dos partes.

La Parte I de este formulario le permite a *Compass* recopilar cierta información sobre usted, para utilizar la información en su nombre y representarlo ante terceros cuando tratemos de asistirlo, como se describe abajo. La Parte II le permite a *Compass* revelar información sobre usted a terceros para tratar de asistirlo, según se describe abajo.

PARTE I. CONSENTIMIENTO PARA *COMPASS* PARA RECOPIRAR INFORMACIÓN SOBRE USTED Y REPRESENTARLO

1. Elegibilidad [Seleccionar (a) o (b), según corresponda]

(a) Cuando la persona con FQ sea la solicitante. Certifico que yo, _____, (nombre de la persona con FQ) he sido diagnosticado con fibrosis quística (FQ).

- O -

(b) Cuando alguien más esté solicitando en nombre de la persona con FQ. Estoy solicitando los servicios en nombre de _____ (nombre de la persona con FQ) y certifico que se le ha diagnosticado fibrosis quística (FQ). Certifico que soy el representante legal de la persona con FQ y tengo la autoridad legal para actuar en su nombre para solicitar estos servicios de *Compass*. Los ejemplos de una persona con autoridad legal son: un padre de un menor; un tutor designado por el tribunal; una persona con poder legal para tomar decisiones de atención médica; o el albacea o administrador de un patrimonio. Comprendo y acepto que puedo estar sujeto a acciones legales si tergiverso mi autoridad legal sobre la persona con FQ. [Nota – si usted está haciendo la solicitud en nombre de una persona con FQ, conteste el resto de las preguntas en su nombre.]

2. Exactitud de la información que declaro a CFF – La información que declaro a *Compass* es exacta según mi conocimiento.

3. *Compass* puede obtener mi información personal – *Compass* tiene mi consentimiento para solicitar información personal sobre mí de las fuentes que *Compass* considere relevantes para los servicios que solicite que *Compass* preste. Dependiendo de lo que solicite a *Compass* para que me ayude, *Compass* puede necesitar obtener información personal sobre mí de mi plan de beneficios de la seguro médico o farmacia, mis proveedores de atención médica (incluyendo las farmacias), mi arrendador o compañía hipotecaria, empleador, fabricante de dispositivos o compañía farmacéutica, organizaciones sin fines de lucro, administradores de casos o coordinadores de atención, o cualquier otra fuente pertinente al tipo de servicios solicitados. Aspiro a que *Compass* actúe con criterio al buscar la información necesaria para los servicios que estoy solicitando. Si no quiero que *Compass* se comunique con un proveedor de atención médica en particular u otra entidad cuya información le doy a *Compass*, enumeraré esas entidades aquí: _____

4. *Compass* para actuar como mi representante – Autorizo al personal de *Compass* para actuar como mi representante y hacer consultas y solicitudes en mi nombre al interactuar con terceros que ayuden a prestarme los servicios que solicite. Analizaré con el personal de *Compass* los servicios que estoy solicitando.

5. *Permiso para grabar mis llamadas telefónicas* – Doy mi consentimiento para grabar mis llamadas telefónicas con *Compass*. Las llamadas se graban por motivos de calidad, capacitación y para ayudar a *Compass* a prestar los servicios adecuados. La información contenida en las grabaciones puede utilizarse para capacitar a nuevos empleados, para auditar el cumplimiento de los procedimientos internos, para resolver problemas de servicios de gestión de casos y cuestiones de servicio al cliente.

6. *Permiso para comunicarse conmigo* – *Compass* tiene mi permiso para comunicarse conmigo por teléfono, correo electrónico, o correspondencia por los servicios que solicito. *Compass* también puede luego comunicarse conmigo por los servicios que piense que pueden ser útiles o de interés para mí, como por ejemplo ensayos clínicos, o para invitarme a participar en encuestas. Si deseo no recibir dichas futuras comunicaciones, puedo cancelar la suscripción como se indica en la comunicación que recibo o como se instruye en la Declaración de Privacidad de CFF, disponible en <http://www.cff.org/Privacy-Statement/>.

7. *Sin garantías* – Comprendo y acepto que *Compass* solo ofrece cierto tipo de servicios, que ocasionalmente pueden cambiar, y que hay áreas fuera del alcance de los servicios de *Compass*. Comprendo que *Compass* no está comprometido a prestarme ningún servicio. Si *Compass* intenta obtener ciertos beneficios para mí, no hay garantía de que dichos intentos sean exitosos. Comprendo que *Compass* puede, por cualquier motivo, rechazar la asistencia o discontinuar sus esfuerzos en mi nombre o dejar de ofrecer todos o parte de los servicios que presta a individuos con FQ en cualquier momento.

8. *Liberación e indemnización* – Renuncio a todo reclamo contra *Compass Cystic Fibrosis Foundation Compass*, y sus directores, funcionarios, empleados, agentes y representantes y los libero de toda responsabilidad por sus actos u omisiones relacionadas con los servicios de *Compass*. Acepto indemnizar a *Cystic Fibrosis Foundation Compass*, y sus directores, funcionarios, empleados, agentes y representantes por todas las pérdidas y gastos que surjan de cualquier tergiversación hecha por mí o cualquier incumplimiento de mis obligaciones bajo este Formulario de Consentimiento.

9. *Duración y revocación* – Este Formulario de Consentimiento de Representación es válido durante un año desde la fecha de la firma abajo. Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, aunque la revocación no afectará ningún uso o revelación de mi información personal ya hechos en virtud de este documento. La revocación debe hacerse por escrito y enviarse por fax al 877-868-5952 o por correspondencia a *Cystic Fibrosis Foundation Compass*, 4550 Montgomery Avenue, Suite 1100N, Bethesda, MD 20814.

10. *Otros términos* – Acepto que mi relación con *Compass* además está sujeta a la Declaración de Privacidad de *Cystic Fibrosis Foundation*, disponible en <http://www.cff.org/Privacy-Statement/>, y a los Términos del Acuerdo, disponibles en <https://www.cff.org/Terms-of-Agreement/>, que se incorporan a este Formulario de Consentimiento de Representación.

Firma del Solicitante (Individuo con FQ)	Fecha
O Firma del Representante Personal	Fecha
En nombre del Solicitante (Nombre del individuo con FQ)	

PARTE II. CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN PERSONAL SOBRE USTED

1. Le solicité a Cystic Fibrosis Foundation *Compass* que me preste ciertos servicios, según lo analicé específicamente con *Compass*. Para permitir a *Compass* asistirme con los servicios que solicité, autorizo a *Compass* a revelar toda información personal, incluyendo cualquier información de salud o financiera, que *Compass* tenga sobre mí a terceros que *Compass* crea útil y relevante para la asistencia específica que le pedí a *Compass*. *Compass* puede utilizar su criterio para determinar qué información personal es relevante y debe revelarse a terceros para satisfacer mis necesidades para los servicios particulares que solicité. Por ejemplo, si solicité asistencia con los reclamos de seguro, *Compass* puede revelar mi información de salud y de elegibilidad a los pagadores; o si solicité asistencia de vivienda, *Compass* puede revelar mi información financiera y de vivienda y, si fuera relevante, mi información médica a entidades gubernamentales, sin fines de lucro u otras que presten asistencia para la vivienda.

2. Además de las personas o entidades incluidas arriba, puedo aceptar durante una llamada telefónica grabada con *Compass* que *Compass* comparta cierta información sobre mí con individuos específicos, como darle al proveedor que me derivó a *Compass* un resumen de los servicios de *Compass*. En este caso, comprendo que *Compass* revele mi información según mi indicación. Si quisiera que *Compass* revele mi información personal a cualquier otro individuo, los enumeraré aquí: (Incluir familiares, amigos, cuidadores, proveedores, si así se le solicita).

_____ Nombre	_____ Relación	_____ Número de teléfono
_____ Nombre	_____ Relación	_____ Número de teléfono
_____ Nombre	_____ Relación	_____ Número de teléfono

3. Comprendo que si *Compass* revela mi información personal a terceros autorizados por mí, *Compass* no puede controlar cómo esos terceros utilizarán o revelarán esa información. Acepto que *Compass* y CFF no tendrán ninguna responsabilidad por las acciones u omisiones tomadas por dichos terceros.

4. Se permite a *Compass* revelar mi información personal únicamente de acuerdo con lo permitido en este Consentimiento, las leyes aplicables o la Declaración de Privacidad de CFF disponible en <https://www.cff.org/Privacy-Statement/>.

5. Esta Autorización es válida durante un año a partir de la fecha en la que firmé o firmó mi representante personal. Puedo revocar este formulario de Autorización para Revelar Información Personal en cualquier momento por escrito, y dicha revocación no afectará la información que ya se ha utilizado o revelado en virtud de este documento. La revocación debe hacerse por escrito y enviarse por fax al 877-868-5952 o por correspondencia a Cystic Fibrosis Foundation *Compass*, 4550 Montgomery Avenue, Suite 1100N, Bethesda, MD 20814. Comprendo y puedo recibir una copia de esta Autorización si lo solicito.

Firma del Solicitante (Individuo con FQ)	Fecha
O Firma del Representante Personal	Fecha
En nombre del Solicitante (Nombre del individuo con FQ)	

Devolver **TODAS** las páginas de este formulario a *Compass* al 1-877-868-5952 (fax), enviar por correo electrónico a compass@cff.org, o enviar una copia a:
Cystic Fibrosis Foundation *Compass*, 4550 Montgomery Avenue, Suite 1100N, Bethesda, MD 20814