



# PAQUETE DE BIENVENIDA PARA PACIENTES

3740 St. Johns Bluff Road S. Suite 19  
Jacksonville, FL 32224

Teléfono: 904-503-5030 Línea gratuita: 877-811-MEDS  
Fax: 800-910-7195

[www.SmartPharmacy.com](http://www.SmartPharmacy.com)

# BIENVENIDOS A



## ESTIMADOS PACIENTES:

Nos complace tener la oportunidad de ponernos a su disposición para atender a todas sus necesidades farmacéuticas y queremos que su experiencia con nosotros sea lo más agradable y conveniente posible.

Ofrecemos servicios de formulación personalizada con tecnología de vanguardia, servicios especializados y venta minorista de los medicamentos recetados por su médico. Como proveedores de servicios de salud, cuidamos de nuestra comunidad: es nuestra vocación y nuestra pasión, y el equipo de nuestra farmacia está comprometido a brindar una atención de la más alta calidad a nuestros pacientes.

Podemos enviarle sus medicamentos directamente a su hogar sin costo para usted. Nos comprometemos a brindar una atención personalizada y tratamientos farmacéuticos avanzados e individualizados para pacientes y médicos.

Esperamos brindarles el mejor servicio posible. Sabemos que sus opciones son muchas, y le agradecemos que nos haya elegido.

Atentamente.

El equipo de Smart Pharmacy & Specialty Meds

### ***Formulación magistral: nuestra misión***

La misión de Smart Pharmacy es ayudar a los pacientes a obtener los mejores resultados posibles mediante una combinación más inteligente de innovación, servicio y experiencia en el campo de la formulación magistral.

### ***Servicios especializados: nuestra misión***

Nuestra misión como farmacia especializada es garantizar que tanto los pacientes como los médicos obtengan óptimos resultados mediante un servicio de gestión de medicamentos inteligente, innovador y de vanguardia.



# Paquete de bienvenida

## Índice

- Portada.....1
- Carta de bienvenida.....2
- Índice.....3
- Datos de contacto y horarios de atención.....4
- Programa de gestión farmacéutica para pacientes.....5
- Recursos especializados.....6
- Obligaciones económicas.....7
- Declaración de derechos del paciente.....8
- Política de privacidad.....9-23
- Plan en caso de desastres naturales.....24
- Seguridad del paciente.....25
- Agradecimientos.....26

3740 St. Johns Bluff Road S. Suite 19  
Jacksonville, FL 32224

**Teléfono:** 904-503-5030 **Línea gratuita:** 877-811-MEDS

**Fax:** 800-910-7195

[www.SmartPharmacy.com](http://www.SmartPharmacy.com)



## Contáctenos

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a sus medicamentos, llámenos al 877-811-6337(MEDS).

*Si cree que está teniendo una emergencia médica, llame al 911.*

### **Nuestro centro de atención al cliente se encuentra abierto:**

De lunes a viernes de 8 a. m. a 7 p. m. (hora del Este) y sábados de 9 a. m. a 6 p. m. (hora del Este)

### **Atención de un farmacéutico matriculado:**

En el horario de atención habitual y fuera del horario de atención para asistir con cualquier pregunta o inquietud clínica relacionada con sus medicamentos. Llame al 877-811-6337(MEDS).

### **Feriatos**

Smart Pharmacy permanece cerrada durante los siguientes días feriados:

- Año Nuevo (1.º de enero)
- Día de los Caídos en Guerra (último lunes de mayo)
- Día de la Independencia (4 de julio)
- Día del Trabajo (primer lunes de septiembre)
- Día de Acción de Gracias (cuarto jueves de noviembre)
- Navidad (25 de diciembre)

Para obtener más información, visite nuestro sitio web: [www.SmartPharmacy.com](http://www.SmartPharmacy.com)

***\*Todas las llamadas serán grabadas por motivos de control de calidad y capacitación.***



## Programa de Gestión Farmacéutica para Pacientes de Smart Pharmacy

En Smart Pharmacy, brindarles una atención personalizada a nuestros pacientes es una de nuestras mayores prioridades. Sabemos que sobrellevar las afecciones médicas puede ser estresante. Por eso, no nos limitamos a despachar medicamentos: también brindamos información y apoyo personalizados para ayudar a cada paciente a manejar sus propias necesidades de salud.

Smart Pharmacy les ofrece los siguientes beneficios a los pacientes:

- Trabajamos junto con su médico para llevar un registro de sus medicamentos y colaborar con su plan de atención.
- Trabajamos de manera individualizada con usted para asegurarnos de que pueda tomar su medicamento tal y como se lo recetó el médico. Le brindaremos información sobre su medicamento, la importancia de cumplir con el tratamiento y posibles interacciones farmacológicas y le explicaremos los efectos secundarios y los resultados que podría tener si cambia de tratamiento.
- Información y concientización sobre la enfermedad y cómo manejarla.
- Nos pondremos en contacto con usted una vez por mes cuando tenga que renovar su receta para que el medicamento esté listo cuando lo necesite.
- Proveemos TODOS sus medicamentos recetados, combinándolos en un práctico envío gratuito.
- Trabajamos junto con su seguro médico para gestionar por usted los asuntos relacionados con las autorizaciones previas y la facturación.

Trabajar juntos como equipo de atención nos ayudará a brindarle toda la información que necesita para cumplir con su tratamiento y obtener los mejores resultados posibles.

*\*Como paciente, tiene la opción de solicitarnos, en cualquier momento, que demos de baja su adhesión al Programa de Gestión Farmacéutica para Pacientes.*

Para comunicarse con nosotros, llame al: 877-811-6337(MEDS)

# Recursos para los pacientes de la farmacia especializada

## Defensa del paciente

Puede comunicarse con cualquiera de los siguientes recursos para obtener más información y conectarse con grupos de apoyo y otras organizaciones que se dedican a brindar información a los pacientes acerca de su enfermedad. Además de información, esas organizaciones también pueden brindarles un apoyo invaluable a los pacientes que tienen necesidades de salud complejas y difíciles.

- **Línea de apoyo para la hepatitis C**

1-800-532-5274

- **MS Advocate for Change: Asistencia para personas con esclerosis múltiple**

1-800-344-4867

- **RA Advocate 101: Asistencia para personas con artritis**

1-844-571-4357(HELP)

- **Red de apoyo para la enfermedad de Crohn y la colitis**

1-800-932-2423

## Proceso de apelaciones

Si un paciente necesita ayuda para prepararse para apelar una decisión, un empleado de Smart Pharmacy lo asesorará y asistirá durante todo el proceso. En primer lugar se contactará a la persona cuando la autorización previa le sea denegada. Durante ese tiempo, el empleado de Smart Pharmacy analizará los motivos de la denegación y le brindará información al paciente sobre el proceso de apelación. A continuación, el médico o el paciente reunirán toda la documentación necesaria para presentar ante el departamento de apelaciones correspondiente. Mientras aguarda la decisión de la apelación, el empleado de Smart Pharmacy ofrecerá la asistencia necesaria, por ejemplo, conversaciones de seguimiento o alternativas de tratamientos temporales. La asistencia puede brindarse mediante documentación escrita, llamadas telefónicas o lo que el cliente considere necesario.



## **¿En qué consiste la cobertura?**

Nuestra farmacia cubre la mayoría de los medicamentos que por ley federal se venden bajo receta médica y están cubiertos por su programa de beneficios para medicamentos recetados. Si su plan no cubre el medicamento que su médico le recetó, nos pondremos en contacto con el médico para recomendarle una formulación alternativa, o bien nos comunicaremos directamente con usted para conversar sobre maneras de manejar los costos.

## **Obligaciones económicas y asistencia económica**

Antes de que despachemos la receta, le informaremos acerca de las obligaciones económicas que es posible que su seguro o fuentes externas no cubran. Algunas de esas obligaciones podrían consistir en costos en efectivo tales como deducibles, copagos, coseguros o límites anuales o de por vida aplicados a los coseguros.

O bien, pagos realizados con tarjeta de crédito (Visa, MasterCard, American Express, Discover) por vía telefónica y mediante cheques o giros por correo.

## **Reembolsos de los seguros**

Nuestra farmacia trabaja con la mayoría de las principales aseguradoras y se encargará de presentar las solicitudes de reembolso necesarias ante su seguro médico el día que se surta la receta. Si la solicitud de reembolso es rechazada, un miembro de nuestro personal lo pondrá al tanto para que podamos resolver el asunto en conjunto.

## **Opción de pago en efectivo**

Todos los pacientes cuentan con la opción de pagar en efectivo en caso de que su seguro no cubra el medicamento o los medicamentos recetados.

# DECLARACIÓN DE DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PACIENTE

## DERECHOS DEL PACIENTE

Como paciente, usted tiene derecho a:

- Un trato amable y respetuoso, consideración por su dignidad individual y respeto de su necesidad de privacidad.
- Una respuesta pronta y razonable a sus preguntas y solicitudes.
- Saber quién le brinda los servicios farmacéuticos y quién está a cargo de su atención.
- Saber con qué servicios de apoyo cuenta, por ejemplo, si cuenta con los servicios de un intérprete.
- Saber qué normas y regulaciones rigen su conducta.
- Negarse a realizar cualquier tratamiento, salvo que la ley lo prohíba.
- Recibir, previa solicitud, toda la información disponible y el asesoramiento necesario sobre las vías conocidas de asistencia económica a las que puede acceder para su tratamiento.
- Saber, previa solicitud y antes de comenzar el tratamiento, si la farmacia acepta el plan Medicare.
- Recibir, previa solicitud y antes de comenzar el tratamiento, una estimación razonable de los cargos de la cuenta de la farmacia.
- Recibir una copia detallada de la cuenta de la farmacia que sea razonablemente clara y comprensible y, previa solicitud, recibir una explicación de los cargos.
- Acceso imparcial a los medicamentos independientemente de su raza, nacionalidad, religión, discapacidad física o fuente de pago.
- Quejarse ante la violación de cualquiera de sus derechos, conforme a la legislación de Florida, mediante el procedimiento para la presentación de quejas de la farmacia que lo atendió y ante el organismo estatal que haya otorgado la matrícula.

## RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Como paciente, estas son sus responsabilidades:

- Brindarle al farmacéutico, en la medida de su conocimiento, información precisa y completa sobre sus medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
- Informarle al farmacéutico cualquier cambio inesperado en su enfermedad.
- Informarle al farmacéutico si comprende el plan de acción contemplado y lo que se espera de usted.
- Cumplir con su plan de tratamiento.
- Sus actos, si se niega a realizar un tratamiento o no sigue las instrucciones del farmacéutico.
- Cumplir con las obligaciones económicas de su atención médica de la manera más expeditiva posible.
- Cumplir con las normas y regulaciones de los establecimientos de atención **8** de la salud relativas al cuidado y la conducta de los pacientes.



# Política de privacidad



## Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

### Sus derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

### Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Proporcionamos atención médica mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudamos fondos.

### Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

## Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

### Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

### Solicitar que corrijamos su historial médico

- Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

### Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos "sí" a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

### Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

### Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

### **Elegir a alguien para que actúe en su nombre**

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella 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 violaron sus derechos**

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

## **Sus opciones**

### **Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.**

Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

### **En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:**

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.
- *Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

### **En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:**

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

### **En el caso de recaudación de fondos:**

Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

## Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

### Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. **Ejemplo:** Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

### Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. **Ejemplo:** Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

### Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades. **Ejemplo:** Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

**¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?** Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

### Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
- Prevención de enfermedades.
- Ayuda con el retiro de productos del mercado.
- Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
- Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

### Realizar investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

### Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

### Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

### **Trabajar con un médico forense o director funerario**

Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

### **Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
  - En reclamos de compensación de trabajadores.
  - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
  - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
  - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

### **Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

## **Nuestras responsabilidades**

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.

Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.

Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.

No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

### **Cambios a los términos de esta notificación**

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestro oficina, y en nuestro sitio web.

**Fecha efectiva: 01/04/16**  
Oficial de Privacidad  
904-575-3575  
[privacy@smartpharmacy.com](mailto:privacy@smartpharmacy.com)



# Política de privacidad

## Disposiciones específicas de cada estado

Fecha efectiva: 01/04/16

Oficial de Privacidad

904-575-3575

[privacy@smartpharmacy.com](mailto:privacy@smartpharmacy.com)

## ALASKA

No corresponde

## ARIZONA

**Información sobre enfermedades contagiosas:** No divulgaremos ninguna información confidencial relativa a enfermedades contagiosas perteneciente a usted, a menos que usted o su encargado de tomar decisiones en cuestiones de salud nos haya remitido una autorización por escrito para poder revelarla o cuando el Estado nos autorice o la ley federal nos exija divulgar dicha información.

## COLORADO

**Divulgación-Información farmacéutica:** Revelaremos su información relativa a recetas únicamente a usted o la persona que usted designe o a su representante autorizado, a menos que lo exija alguna de las siguientes personas o entidades: a. el profesional que prescribió la receta u otro profesional autorizado que esté a cargo de su atención b. otro farmacéutico o médico residente que le brinde atención de salud c. un técnico farmacéutico u otro farmacéutico, o un médico residente que conserva sus registros d. el Comité de Farmacia u otra agencia estatal o federal autorizada a recibir la información e. cualquier entidad externa responsable del pago f. cualesquier otras partes autorizadas por la normativa de privacidad federal.

### **Divulgación-Información sobre el VIH**

No divulgaremos sus informes o registros relacionados con el SIDA o el VIH sin su autorización, salvo cuando lo exigiere o autorizare la ley federal o estatal.

## CONNECTICUT

**Divulgación – Información farmacéutica:** No revelaremos la información sobre servicios farmacéuticos que usted haya recibido a terceros sin su consentimiento, salvo a las siguientes personas: (a) el profesional de la salud que haya prescrito las recetas o un farmacéutico, u otro profesional de la salud que prescriba recetas y que lo esté tratando actualmente, cuando se considere adecuado a efectos médicos; (b) una enfermera que actúe en representación de un profesional de la salud que prescribe las recetas que está actualmente a cargo de su tratamiento, o una enfermera que le proporcione atención en un hospital; (c) terceros pagadores que paguen las reclamaciones por los servicios farmacéuticos que se le prestaron a usted o que poseen un acuerdo o contrato formal para auditar cualquier registro o información vinculados a tales reclamaciones; (d) cualquier agencia gubernamental con autoridad legal para revisar u obtener dicha información; (e) cualquier persona física, el gobierno estatal o federal o cualquier agencia estatal o federal o un tribunal en virtud de una orden de citación en carácter de testigo; y (f) cualquier persona física, sociedad anónima, sociedad de personas u otra persona jurídica que posea un acuerdo escrito con la farmacia para poder acceder a la base de datos de la farmacia, siempre y cuando la información a la que se tenga acceso se limite a datos sin identificación de individuos específicos.

**Venta de información:** No venderemos la información sobre su historial médico particular.

**Información relacionada con el VIH:** No revelaremos información confidencial vinculada al VIH sin su autorización o la de su tutor o de otra persona autorizada a otorgar el consentimiento para su atención de salud, salvo cuando lo permitiere la ley estatal o lo exigiere la ley federal.

## DELAWARE

### **Información sobre el VIH**

No revelaremos información que pudiera contener resultados de pruebas del VIH sin su autorización o la de su tutor legal, salvo cuando fuere permitido por la ley estatal o exigido por la ley federal.

## FLORIDA

**Divulgación – Registros farmacéuticos:** Sus registros farmacéuticos no serán divulgados sin su autorización escrita, salvo a: (a) usted; (b) su representante legal; (c) el Departamento de Salud en virtud de la ley actual; (d) en el caso de que usted se vea incapacitado o impedido de solicitar sus registros, su cónyuge; (e) con motivo de cualquier proceso civil o penal, ante una orden de citación en carácter de testigo emitida por un tribunal competente y debidamente notificada a usted o a su representante legal por la parte que solicita los registros; y (f) según lo autorice de otro modo la ley estatal.

**Resultados de pruebas del VIH:** No revelaremos información del historial médico que contenga resultados de pruebas del VIH sin su autorización o la de su representante legalmente autorizado, salvo cuando fuere permitido por la ley estatal o exigido por la ley federal.

**Registros de vacunaciones:** Sus registros de vacunaciones no serán divulgados sin su autorización, salvo cuando lo permita la ley estatal.

## GEORGIA

**Divulgación – Información farmacéutica:** A menos que usted nos autorice, su información confidencial no le será revelada a ninguna persona que no sea usted o su representante autorizado, con excepción de las siguientes personas físicas o jurídicas: (a) la persona que prescribió la receta u otros profesionales de atención de salud autorizados que le proporcionen tratamiento; (b) otro farmacéutico titulado a los fines de transferir una receta o como parte de una revisión del uso de fármacos de un paciente, u otros requisitos de asesoramiento al paciente; (c) el Comité de Farmacia, o su representante; o (d) cualquier personal de aplicación de la ley debidamente autorizado para recibir la información. También podemos revelar su información confidencial sin su consentimiento en virtud de una orden de citación en carácter de testigo emitida y firmada por un funcionario de gobierno autorizado o una orden de un tribunal emitida y firmada por un juez de un tribunal competente.

**Información sobre VIH/SIDA:** No divulgaremos información confidencial sobre el SIDA sin su autorización, salvo cuando dicha divulgación fuere autorizada por la ley estatal o exigida por la ley federal.

## HAWAII

**Información sobre VIH/CRS/SIDA:** No revelaremos información vinculada a VIH/CRS/SIDA, salvo cuando usted nos hubiere proporcionado un consentimiento escrito previo que autorice la divulgación, o cuando el estado nos autorice o la ley federal nos exija dicha divulgación.

## IDAHO

**Divulgación – Información farmacéutica:** No revelaremos la información sobre recetas vinculadas a usted a ninguna persona que no sea usted o la persona que usted designe, salvo cuando lo solicitare cualquiera de la siguientes personas físicas o jurídicas: (a) el Comité de Farmacia, o sus representantes, actuando en su capacidad oficial; (b) el profesional de la salud, o la persona designada por este, que emitió su receta; (c) otros profesionales de la salud autorizados que estén a cargo de su cuidado; (d) agentes del Departamento de Salud y Bienestar cuando actúen en su capacidad oficial con referencia a cuestiones vinculadas con la práctica farmacéutica; (e) agentes de cualquier comité cuyos profesionales de la salud poseen autoridad para prescribir recetas, cuando el comité aplique las leyes que rigen a dicho profesional de la salud; (f) una agencia gubernamental a cargo de brindarle atención médica; (g) la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), para fines relacionados con el monitoreo de eventos adversos de fármacos, en cumplimiento con los requisitos de la ley federal o el reglamento adoptado por la FDA; y (h) el proveedor autorizado de beneficios de seguro o el plan de salud que brinda su cobertura de salud o beneficios farmacéuticos.

## ILLINOIS

**Información sobre pruebas del VIH:** No revelaremos ninguna información sobre resultados de pruebas del VIH sin su autorización o la de su representante legal, salvo cuando la ley estatal nos autorice o la ley federal nos exija que efectuemos dicha divulgación.

## INDIANA

**Divulgación – Información farmacéutica:** Su información confidencial será revelada únicamente cuando sea para su propio beneficio, cuando sea solicitada por el Comité de Farmacia o sus representantes, o por un agente del orden público a cargo de exigir el cumplimiento de las leyes relativas a fármacos o dispositivos o a la práctica farmacéutica, o cuando la divulgación sea fundamental para nuestras operaciones comerciales.



## IOWA

**Información sobre VIH/SIDA:** No revelaremos la información vinculada a VIH/SIDA, salvo cuando usted nos hubiere proporcionado una autorización escrita para dicha divulgación, o cuando la ley estatal nos autorice o la ley federal nos exija dicha divulgación.

## KANSAS

No corresponde

## MASSACHUSETTS

**Divulgación – Información farmacéutica:** Su información será revelada sin su autorización únicamente a usted o a los profesionales de la salud y otros farmacéuticos cuando la revelación sea necesaria para proteger su bienestar; y a otras personas o agencias gubernamentales autorizadas por ley a recibir dicha información confidencial.

## MINNESOTA

**Divulgación – Proveedor de salud:** No revelaremos su historial médico sin su autorización, o una autorización específica por ley o una manifestación de parte de un proveedor que posea la autorización de un paciente, excepto a: (a) otro proveedor, a pedido del paciente; (b) en ocasión de una emergencia médica, cuando el proveedor no pueda obtener el consentimiento del paciente debido al estado del paciente o a la naturaleza de la emergencia médica; (c) otros proveedores de entidades de atención de salud relacionadas cuando sea necesario para el tratamiento actual del paciente; (d) un centro de salud autorizado, cuando un paciente regrese al centro de salud y no esté en condiciones de otorgar su consentimiento; (e) para la divulgación de historiales médicos al inspector de salud o al Instituto de Datos de Salud de Minnesota en virtud del capítulo 62J, siempre y cuando el inspector encripte el identificador del paciente una vez recibida la información; (f) servicios de localización de registros; (g) historiales médicos relacionados con la salud mental de un paciente a una agencia del orden público si dicha agencia considera que el paciente se encuentra en una emergencia y la divulgación es necesaria para proteger la salud o la seguridad del paciente o de otra persona; (h) para la atención y el tratamiento de la salud mental, a un miembro de la familia del paciente o a otra persona que solicite la información si la solicitud cumple las condiciones especificadas en la ley estatal; o (i) con fines investigativos, según lo indique la ley estatal.

**Divulgación – Registros farmacéuticos:** No revelaremos sus recetas o su contenido, salvo a: (a) usted, su agente o a otro farmacéutico que actúe en representación de usted o de su agente; (b) el profesional de salud autorizado que emitió la receta; (c) el profesional de la salud autorizado que está actualmente a cargo de su tratamiento; (d) un miembro, inspector o investigador del comité o cualquier funcionario federal, estatal, de condado o municipal cuya función sea exigir el cumplimiento de las leyes de este estado o de los Estados Unidos referidas a drogas y que participe de una investigación específica que involucre a una persona o droga designada; (e) una agencia gubernamental a cargo de brindarle atención médica; (f) una compañía aseguradora o abogado que haya recibido una autorización escrita firmada por usted o su representante legal, que autoriza la revelación de dicha información; y (g) cualquier persona debidamente autorizada por una orden judicial.

## MISSOURI

**Información sobre VIH/SIDA:** No revelaremos ninguna información relacionada con VIH/SIDA, salvo cuando el sujeto de la información nos hubiere proporcionado una autorización escrita que autorice la divulgación o cuando el estado nos autorice, o la ley federal nos exija realizar dicha divulgación.

## MONTANA

No revelaremos su información sin su autorización, salvo en la medida en que un beneficiario necesite conocerla, si la divulgación es: (a) a una persona que está brindando atención de salud al paciente; (b) a cualquier otra persona que necesite información de salud para educación sanitaria; para brindar servicios de planificación, garantía de calidad, revisión de pares o servicios administrativos, legales, financieros o actuariales para el proveedor de salud; para asistir al proveedor de salud a brindar la atención de salud; o a un tercero pagador de servicios de salud que necesite la información de salud y si el proveedor de salud considera de forma razonable que la persona: no utilizará ni revelará la información de salud para ningún otro propósito; y seguirá los pasos apropiados para proteger la información de salud (c) a cualquier otro proveedor de salud que previamente haya proporcionado atención al paciente, en la medida que resulte necesario para brindar atención de salud al paciente, a menos que el paciente le hubiere instruido al proveedor de salud que no efectúe la divulgación;

## MONTANA...

(d) a miembros familiares directos del paciente o a cualquier otra persona cuando se sepa que el paciente mantiene con el/ella una relación personal estrecha, si se realiza de acuerdo con las leyes del estado y con prácticas médicas o profesionales idóneas, a menos que el paciente hubiere instruido al proveedor de salud que no efectúe la divulgación; (e) a un proveedor de salud que sea el sucesor del proveedor de salud que mantiene la información de salud; (f) para utilizarse en un proyecto de investigación que haya sido aprobado por un comité de revisión institucional; (g) a una persona que obtiene información con motivo de una auditoría, si esa persona acuerda por escrito: eliminar o destruir, lo antes que fuere posible según el propósito de la auditoría, información que permita identificar al paciente; y no revelar la información a ninguna otra persona, salvo para realizar la auditoría o para denunciar alguna conducta ilícita o indebida que involucre un fraude de pago de servicios de salud por parte de un proveedor de salud o un paciente, u otra conducta ilícita cometida por el proveedor de salud; (h) a un oficial de una institución penal o carcelaria en la cual se encuentre detenido el paciente; (i) a cualquier contacto que haya estado expuesto al VIH, si el proveedor de salud considera de manera razonable que la divulgación evitará o minimizará un peligro inminente para la salud o la seguridad del contacto o de cualquier otro individuo; (j) a autoridades sanitarias públicas federales, estatales o locales, en la medida en que el proveedor de salud deba por ley revelar información de salud o cuando sea necesario para proteger a la salud pública; (k) a autoridades de aplicación de la ley federales, estatales o locales, en la medida en que lo exija la ley; (l) en respuesta a una solicitud de la oficina de servicios a víctimas para obtener información en virtud de la ley estatal; (m) en razón de una citación para comparecer en juicio bajo apercibimiento de uso de la fuerza pública en caso de no hacerlo voluntariamente, de conformidad con la ley estatal; o (n) al médico forense estatal o a un juez de instrucción de un estado para utilizarla a los fines de determinar una causa de muerte. Por ley, la información debe mantenerse bajo confidencialidad.

**Medicaid:** Para beneficiarios de Medicaid: Sus datos solamente serán utilizados para fines vinculados a la administración del programa Medicaid de Montana. No revelaremos sus datos sin su consentimiento escrito, salvo a las autoridades estatales.

**Enfermedades de transmisión sexual:** No revelaremos información sobre personas infectadas o de las cuales se sospeche de manera razonable que estén infectadas con una enfermedad de transmisión sexual, salvo a: (a) personal del Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos de Montana; (b) un médico que haya obtenido el consentimiento escrito de la persona cuyo historial médico se solicita; o (c) un funcionario de salud local.

## NEVADA

**Divulgación – Registros farmacéuticos:** Solo divulgaremos el contenido de sus recetas o cualquier copia de sus recetas a usted, y a las siguientes personas: (a) el profesional de la salud autorizado que emitió la receta; (b) el profesional de la salud que está actualmente a cargo de su tratamiento; (c) un miembro, inspector o investigador del Comité de Farmacia de Nevada, un inspector de la FDA o un agente de la división de investigaciones del Departamento de Seguridad Pública; (d) una agencia del gobierno estatal que esté a cargo de brindarle atención médica; (e) una compañía aseguradora, ante el recibo de una autorización escrita firmada por usted o su tutor legal, en la que se permite la divulgación de información; (f) cualquier persona autorizada por una orden de un tribunal de distrito; (g) un miembro, inspector o investigador de una junta que otorgue licencias; profesionales y que autoriza al profesional de la salud a emitir recetas surtidas en la farmacia; (h) otros farmacéuticos matriculados con el único propósito y en la medida que sea necesario para intercambiar información sobre personas sospechadas de incurrir en un uso indebido de recetas para conseguir cantidades excesivas de fármacos o que no usen un fármaco de acuerdo con sus instrucciones de uso, o que ingieran un fármaco en combinación con otros y ello pudiere causarle lesiones a dicha persona (i) un oficial de la fuerza pública empleado por un gobierno local, para un propósito específico y en la medida que resulte necesario.

**Enfermedades contagiosas:** No revelaremos ninguna información personal sobre un individuo que hubiere estado o esté sospechado de padecer una enfermedad contagiosa sin su consentimiento escrito, salvo en las siguientes circunstancias: (a) para fines estadísticos, siempre y cuando no se infiera de la información revelada la identidad de la persona; (b) en una acción judicial penal o ante una orden judicial inhibitoria en razón de haberse violado leyes relativas a enfermedades contagiosas (c) una denuncia de abuso o abandono de un menor o de una persona mayor, ya sea real o sospechado; (d) a cualquier persona que tenga una necesidad médica de conocer la información para protegerse a sí misma o en pos del bienestar de un paciente o de una persona dependiente, según lo determine la autoridad de salud de conformidad con la normativa de la junta de salud estatal

## NEVADA...

(e) en virtud de leyes específicas que exijan la divulgación de determinados resultados de pruebas; (f) si la divulgación se realiza al Departamento de Salud y Servicios Humanos y la persona cuya información se revela haya sido diagnosticada con el SIDA o con una enfermedad relacionada con el VIH y sea beneficiaria o solicitante de Medicaid; (g) a un bombero, policía o una persona que brinde servicios médicos de emergencia si la junta determina que la información está relacionada a una enfermedad contagiosa estrechamente vinculada a dicha ocupación, y la información se revela en la forma prescrita por la junta de salud estatal; y (h) si la divulgación está autorizada o requerida por una ley específica.

## NEW HAMPSHIRE

**Ventas o comercialización – Información sobre recetas:** Su información médica no será utilizada, revelada o vendida con fines de ventas o comercialización de servicios o productos, a menos que usted nos hubiere proporcionado una autorización escrita para ello.

## NEW JERSEY

**Enfermedad contagiosa:** No divulgaremos información sobre enfermedades venéreas, salvo: (a) a su médico; (b) a una autoridad sanitaria; o (c) en caso de una acción judicial, a un fiscal o al tribunal.

## NEW MEXICO

**Divulgación:** A menos que usted nos autorice por escrito, no revelaremos su información confidencial a ninguna persona que no sea usted o su representante autorizado, salvo en las siguientes circunstancias y a las siguientes personas: (a) en virtud de una orden o instrucción judicial; (b) a la persona que emitió una receta o a otro profesional de la salud titulado que esté a cargo de su tratamiento; (c) a otro farmacéutico titulado, cuando sea para su propio beneficio; (d) al Comité de Farmacia o su representante, o a otras personas o agencias gubernamentales debidamente autorizadas por ley a recibir dicha información; (e) para transferir una receta a otra farmacia conforme a las disposiciones del asesoramiento al paciente; (f) para otorgarle a usted una copia de una receta no removible (g) para proporcionar información sobre terapia farmacológica a médicos o a otras personas autorizadas a prescribir recetas para sus pacientes; (h) para cumplir con la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico; o (i) según lo exijan las disposiciones de la normativa de asesoramiento al paciente.

**Resultados de pruebas de infecciones transmitidas sexualmente:** No se revelarán los resultados de pruebas de infecciones transmitidas sexualmente salvo cuando lo permita la ley estatal o lo exija la ley federal.

## NEWYORK

**Información relacionada con el VIH:** No revelaremos información relacionada con el VIH, salvo a usted o a su representante autorizado, o según lo permita la ley estatal o lo exija la ley federal.

## NORTH CAROLINA

**Divulgación – Registros farmacéuticos:** No revelaremos ni proporcionaremos copias de sus órdenes de recetas archivadas, salvo a: (a) usted; (b) sus padres o su tutor, u otra persona que actúe en lugar de sus padres en el caso de que usted sea menor de edad y no hubiere prestado legítimamente su consentimiento para el tratamiento de la afección para la cual se emitió la receta (c) el profesional de la salud titulado que emitió la receta o que lo esté tratando; (d) un farmacéutico que le esté brindando servicios farmacéuticos; (e) cualquier persona que presente una autorización escrita firmada por usted o su representante legal para que se divulgue información farmacéutica; (f) cualquier persona autorizada en razón de una orden de citación en carácter de testigo ante un tribunal, una orden judicial o una ley; (g) cualquier empresa, asociación, sociedad de personas, fideicomiso o sociedad anónima que por ley o contrato sea responsable de brindarle atención médica y pagar por ella; (h) cualquier miembro o empleado designado del Comité de Farmacia (i) el albacea testamentario, administrador o cónyuge de un paciente fallecido (j) investigadores aprobados por el Comité, siempre y cuando existan salvaguardas adecuadas para proteger la información confidencial; y (k) la persona propietaria de la farmacia o su agente autorizado.

**Información relacionada con el SIDA:** No se revelará información relacionada con el SIDA, salvo a usted o a su representante autorizado, o según lo permita la ley estatal o lo exija la ley federal.

## NORTH DAKOTA

No corresponde

## OHIO

Revelaremos sus registros farmacéuticos solamente con su consentimiento escrito, salvo a: (a) usted; (b) la persona que prescribió la receta o la orden del medicamento; (c) el personal de salud certificado/autorizado que esté a cargo de su cuidado; (d) un miembro, inspector, agente o investigador del comité de farmacia estatal, o cualquier funcionario federal, estatal, de condado o municipal cuya función sea exigir el cumplimiento de las leyes de este estado o de los Estados Unidos referidas a drogas y que participe de una investigación específica que involucre a una persona o droga designada (e) un agente de la junta médica estatal cuando exija el cumplimiento de las leyes que regulan la profesión de médicos y profesionales de la salud limitados (f) una agencia gubernamental a cargo de brindarle atención médica, una vez recibida la solicitud escrita de un representante autorizado de la agencia en la que solicita la información; (g) un agente de una compañía de seguro médico que le brinde cobertura de seguro de recetas, una vez recibida de parte de usted la autorización y la constancia del seguro o la constancia de pago por parte de la compañía aseguradora para los medicamentos cuya información es solicitada (h) un agente que contrate con la farmacia en calidad de "socio comercial" de acuerdo con la normativa promulgada por el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, en virtud de las normas federales sobre privacidad de la información de salud identificable (i) un agente del comité estatal de enfermeros en ocasión de hacer valer las leyes que regulan la actividad de enfermeros; o (j) en situaciones de emergencia, cuando sea para su propio beneficio.

## PENNSYLVANIA

**Información sobre VIH/SIDA:** No revelaremos ninguna información relacionada con el VIH, salvo cuando el sujeto de la información nos hubiere proporcionado una autorización escrita que autorice la divulgación o cuando el estado nos autorice, o la ley federal nos exija realizar dicha divulgación.

## RHODE ISLAND

Revelaremos su información sobre recetas solamente a nuestros agentes y a las personas directamente involucradas en su tratamiento. No divulgaremos su información de salud confidencial sin su consentimiento, salvo en las siguientes situaciones: (a) a un médico, odontólogo u otro personal médico que considere de buena fe que la información sea necesaria para diagnosticarlo o tratarlo ante una emergencia médica u odontológica; (b) a personal calificado para que lleve a cabo investigaciones científicas, auditorías de gestión, auditorías financieras, evaluaciones de programas, estudios actuariales, de suscripción de seguros o análogos, siempre y cuando el personal no lo identifique, de forma directa o indirecta, en ningún informe sobre dicha investigación, auditoría o evaluación, ni revele por cualquier medio su identidad de ninguna forma; (c) al personal apropiado de aplicación de la ley, o a otra persona si el farmacéutico considera que usted puede representar un riesgo para dicha persona o su familia; o al personal apropiado de aplicación de la ley si usted ha intentado o está intentando obtener drogas narcóticas de parte de la farmacia de manera ilegal; o al personal apropiado de aplicación de la ley o a las agencias apropiadas de protección de menores de edad, si usted es menor de edad y el farmacéutico considera, tras haberle prestado servicios, que ha sido víctima de abuso físico o psicológico; (d) entre el personal idóneo y los proveedores de salud dentro del sistema de salud a los fines de coordinar los servicios de salud que se le prestan y para fines educativos y de capacitación dentro del mismo centro de salud; (e) a compañías aseguradoras de salud externas, a los fines de adjudicar reclamaciones de seguros de salud que incluyen la utilización de agentes revisores; (f) a una compañía aseguradora o a un abogado en razón de mala praxis, si tuviéremos motivos para prever una acción de responsabilidad civil profesional; (g) a su propio abogado o a la compañía del seguro de responsabilidad civil médica si usted inicia una acción judicial por responsabilidad médica contra nuestra farmacia (h) a autoridades de salud pública, para que lleven a cabo las funciones que se les han encomendado. Estas funciones abarcan, sin carácter excluyente, investigaciones de las causas de enfermedades, control de peligros para la salud pública, aplicación de leyes sanitarias, investigación de enfermedades declarables, certificación y matrícula de profesionales y centros de salud, y revisión de la atención de salud tal como lo exige el gobierno federal u otras agencias gubernamentales. (i) al médico forense estatal con motivo de una fatalidad que tenga lugar bajo su jurisdicción; (j) con motivo de información directamente relacionada con una reclamación actual de beneficios por indemnización de accidentes de trabajo o con cualquier acción interpuesta ante la comisión de indemnización por accidentes de trabajo, o en ocasión de cualquier proceso judicial vinculado con la indemnización por accidentes de trabajo; (k) a nuestros abogados, toda vez que consideremos que la divulgación de información sea necesaria para recibir una representación legal adecuada;

## RHODE ISLAND...

(l) a una autoridad de aplicación de la ley, para proteger el interés legal de una institución aseguradora, agente u organización de apoyo de seguros, para prevenir y enjuiciar la perpetración de un fraude contra ellas; (m) a un jurado de acusación o a un tribunal competente, en virtud de una orden de citación en carácter de testigo o de una orden judicial de comparecencia en juicio con documentos u otros elementos probatorios, cuando la información se requiera para la investigación o la acción judicial a raíz de un acto ilícito penal cometido por un proveedor de salud, relacionado con sus disposiciones de los servicios de salud, y dicha información no se encontrare disponible de parte de ninguna otra fuente; con la salvedad, de que cualquier información obtenida de este modo no será admitida en ningún proceso penal iniciado en su contra; (n) al comité estatal electoral en virtud de una citación a comparecer o de una orden judicial para comparecer con documentación u otros elementos probatorios, cuando la información sea requerida para determinar si usted reúne o no los requisitos para votar mediante correspondencia y/o la legitimidad de una certificación emitida por un médico que da fe de la enfermedad o incapacidad de un votante (o) para certificar la naturaleza y la persistencia de su enfermedad o incapacidad, la fecha de su último examen médico y si votar en las elecciones podría suponerle una dificultad indebida, de modo tal que pueda obtener una boleta de voto por correspondencia; (p) a la unidad de control de fraudes de Medicaid de la procuraduría general para la investigación o enjuiciamiento de un ilícito penal o civil incurrido por un proveedor de salud vinculado a la prestación de servicios de salud a los beneficiarios elegibles o pacientes, residentes o anteriores pacientes o residentes de centros de atención residencial a largo plazo; con la salvedad de que toda información obtenida no será admitida en ningún proceso penal en su contra (q) al departamento de estado de la niñez, la juventud y las familias, con relación a la divulgación de registros médicos de menores que estén en custodia del departamento (r) al padre/madre o padres sustitutos con motivo de la divulgación de registros de salud de los menores bajo la custodia del padre o la madre o los padres sustitutos; con la salvedad de que el padre o madre o los padres sustitutos han de recibir capacitación apropiada y poseer acceso permanente a asistencia de supervisión en el uso de información sensible que pudiera ser una fuente de aflicción para estos menores; o (s) a la unidad de prevención de fraudes de indemnización por accidentes de trabajo para fines investigativos.

## SOUTH DAKOTA

**Divulgación – Información farmacéutica:** No se revelará su información sin su autorización, con excepción de los siguientes casos: (a) si es solicitada por el comité como parte de una inspección o una investigación de una farmacia o un farmacéutico; (b) si la divulgación a los profesionales de la salud y a otros farmacéuticos es necesaria para proteger su salud y bienestar; o (c) si otras personas están autorizadas a obtener acceso a la información de pacientes o la ley así se los exige.

## UTAH

**Divulgación – Perfil de medicamentos farmacéuticos:** No se revelará ni analizará la información contenida en su perfil de recetas o medicamentos con ninguna persona, salvo con: (a) usted o su tutor legal o la persona que usted designe; (b) un funcionario federal, estatal o local legítimamente autorizado, a cargo de exigir el cumplimiento de las leyes sobre drogas; (c) un programa de pago por parte de un tercero autorizado por usted (d) otro farmacéutico, farmacéutico practicante, técnico en farmacia o profesional de la salud que prescribe recetas y le presta servicios a usted, o al cual usted le hubiere solicitado que transfiramos una receta; (e) su abogado, con una autorización escrita firmada por: (1) usted, ante un notario público; (2) su madre/padre o tutor legal, en caso de ser menor de edad (3) su tutor legal, en caso de que usted sea incompetente; o (4) su representante personal, en el caso de pacientes difuntos. Asimismo, podemos remitir información con identificación personal sobre un paciente a la base de datos de elegibilidad de Medicaid y/o a la base de datos de elegibilidad del Programa de Seguro Médico para Niños de Utah, si el paciente desea que alguno de los programas se haga cargo del pago.

## VERMONT

**NO corresponde**

## WASHINGTON

**Divulgación:** Divulgaremos su información de salud solamente con su autorización, salvo cuando la divulgación sea en razón de las siguientes circunstancias: (a) a una persona respecto de la cual el proveedor considere de manera razonable que está prestando servicios de atención de salud al paciente; (b) a cualquier otra persona que necesite información de salud para educación sanitaria o para brindar servicios de planificación, garantía de calidad, revisión de pares o servicios administrativos, legales, financieros o actuariales al proveedor de salud; o para asistir al proveedor de salud a proporcionar atención de salud, y cuando el proveedor de salud considere de manera razonable que la persona: no utilizará ni revelará la información de salud para ningún otro propósito; y tomará las medidas pertinentes para proteger la información de salud; (c) a cualquier otro proveedor de salud que se presuma de manera razonable que previamente ha proporcionado atención de salud al paciente, en la medida que resulte necesario para brindar atención de salud al paciente, a menos que el paciente le hubiere instruido por escrito al proveedor de salud que no efectúe la divulgación; (d) a cualquier persona cuando el proveedor de salud considere de manera razonable que la divulgación evitará o minimizará un peligro inminente para la salud o la seguridad del paciente o de cualquier otro individuo; no obstante, el proveedor no está obligado a efectuar dicha divulgación; (e) verbalmente, a los familiares directos del paciente o a cualquier otra persona con la cual conste que el paciente mantiene una relación personal estrecha, si se realiza de acuerdo con prácticas médicas o profesionales idóneas, a menos que el paciente hubiere instruido por escrito al proveedor de salud que no efectúe tal divulgación (f) a un proveedor de salud que sea el sucesor del proveedor de salud que mantiene la información de salud; (g) para utilizarse en un proyecto de investigación determinado por un comité de revisión institucional cuando sea de importancia suficiente tal que impida entrometerse en la privacidad del paciente que derivaría de la divulgación cuando sea impracticable sin el uso o la revelación de la información de salud en un formato identificable de manera individual cuando contenga salvaguardas razonables para impedir que la información vuelva a ser divulgada cuando contenga salvaguardas que impidan identificar, directa o indirectamente, a cualquier paciente en cualquier informe del proyecto de investigación; y cuando contenga procedimientos para eliminar o destruir lo antes posible, en consonancia con los propósitos del proyecto, información que pudiere identificar al paciente, a menos que una junta de revisión institucional autorice la retención de información de identificación para otro proyecto de investigación (h) a una persona que obtiene información con motivo de una auditoría, si esa persona acuerda por escrito: eliminar o destruir, lo antes que fuere posible según el propósito de la auditoría, información que permita identificar al paciente; y no revelar la información a ninguna otra persona, salvo para realizar la auditoría o para denunciar alguna conducta ilícita o indebida que involucre un fraude de pago de servicios de salud por parte de un proveedor de salud o un paciente, u otra conducta ilícita cometida por el proveedor de salud; (i) a un oficial de una institución penal o carcelaria en la cual se encuentre detenido el paciente; (j) a las autoridades de aplicación de la ley federales, estatales o locales y al proveedor de salud, el centro de salud, o cuando el tercero pagador considere de buena fe que la información sobre salud revelada constituye evidencia de una conducta delictiva que tuvo lugar en las instalaciones del proveedor de salud, del centro de salud o del tercero pagador; (k) a otro proveedor de salud, centro de salud o tercero pagador para las operaciones de salud del proveedor de salud, el centro de salud o el tercero pagador que recibe la información, si cada una de las entidades mantiene o mantuvo una relación con el paciente cuya información de salud es solicitada, si la información de salud corresponde a dicha relación y si la divulgación es para las operaciones de atención de salud; (l) para el pago (m) a las autoridades de salud federales, estatales o locales, en la medida en que el proveedor de salud deba por ley reportar la información de salud, cuando sea necesario para determinar el cumplimiento de las normas o leyes estatales o federales sobre matrículas profesionales, certificaciones o registros, o bien cuando sea necesario para proteger la salud de la población; o (n) a las autoridades de aplicación de la ley federales, estatales o locales, en la medida en que la ley se lo exija al proveedor de salud.

**Enfermedades de transmisión sexual:** No revelaremos ninguna información sobre el tratamiento de un individuo por una infección del VIH o de enfermedades de transmisión sexual, salvo cuando usted nos hubiere proporcionado una autorización escrita para efectuar dicha divulgación, o cuando así lo autorice la ley estatal o lo exija la ley federal.



## WISCONSIN

**Divulgación:** No revelaremos su información sin su autorización, salvo en los siguientes casos: (a) a juntas de personal de centros de salud, o a organizaciones de revisión de acreditaciones o servicios de salud, para llevar a cabo auditorías de gestión y financieras, monitoreo y evaluación de programas, revisiones de servicios de salud o acreditaciones; (b) cuando la ejecución de sus funciones demande acceder a los registros, a un proveedor de salud o a cualquier persona que actúe bajo la supervisión de un proveedor de salud, o a algunas personas afiliadas al proveedor de salud, en las siguientes circunstancias: 1) si la persona le está prestando asistencia 2) si la persona es consultada acerca de su salud 3) si su vida o su salud parecen estar en peligro y la información que obra en sus historiales médicos puede ayudar a la persona que brinda asistencia 4) si la persona confecciona o almacena los registros para la preparación o almacenamiento de esta información; (c) en la medida en que los registros se necesiten para fines de facturación, cobro o pago de reclamaciones; (d) en virtud de una orden legítima de un tribunal que lleva un archivo de las actuaciones por escrito; (e) en respuesta a una solicitud escrita de parte de una agencia gubernamental federal o estatal para que se lleve a cabo una función legalmente autorizada, que incluye, sin carácter taxativo, auditorías de gestión y financieras, monitoreo y evaluación de programas, matrículas o certificación de centros de salud, o matrículas o certificaciones de individuos. Si usted es un paciente que paga un seguro privado, puede denegar el acceso otorgado bajo esta subdivisión mediante una solicitud escrita anual firmada en un formulario que provee el departamento (f) para realizar investigaciones, si el investigador está asociado con el proveedor de salud y proporciona garantías escritas al custodio de sus registros de salud de que la información se empleará exclusivamente para los fines para los cuales le es facilitada al investigador, que la información no será divulgada a ninguna persona no vinculada al estudio y que el producto final de la investigación no dará a conocer información que pueda servir para identificarlo sin haberse obtenido su consentimiento escrito. Si usted es un paciente que paga un seguro privado, puede denegar el acceso otorgado bajo esta subdivisión presentando anualmente una solicitud escrita firmada en un formulario provisto por el departamento; (g) a una agencia designada de atención de salud para personas de la tercera edad y adultos en riesgo o a otra agencia de investigación, y/o a una agencia designada de atención de salud para adultos en riesgo (h) a las agencias de protección y defensoría de miembros del personal, en virtud de la ley del estado; (i) a personas designadas en razón de algunos procedimientos si el paciente somete una controversia a un tribunal o árbitro (j) a un departamento de un condado, alguacil o departamento policial, o a un fiscal de distrito para investigar un abuso o abandono de menores de edad inminente o presunto, o ante una sospecha de abuso contra un niño por nacer, o para enjuiciar un presunto abuso o abandono de un menor de edad, si la persona que lleva adelante la investigación o la acusación identifica al sujeto registrado por su nombre; (k) a un empleado o agente de un distrito escolar, con relación a los historiales de salud de un paciente mantenidos por el distrito escolar en el cual se desempeña dicho empleado o agente, en los siguientes casos: 1) el empleado o agente es responsable de confeccionar o almacenar el historial médico de pacientes 2) el acceso al historial médico del paciente es necesario para cumplir con un requisito de la ley federal o estatal; (l) al departamento o a un alguacil, departamento policial o fiscal de distrito, para investigar una muerte (m) tras el fallecimiento de un paciente, a un juez de instrucción, juez de instrucción interino, médico forense o asistente de médicos forenses, para completar un certificado médico o investigar una muerte (n) para elaborar un informe judicial, si el sujeto del historial médico del paciente es un niño o menor de edad que haya residido en un hogar sustituto, residencia social, centro de cuidado residencial para niños y jóvenes o un centro correccional de menores, a las agencias designadas en la ley estatal; (o) si el historial médico del paciente no contiene información y las circunstancias de su divulgación no proporcionan información que permita identificar al paciente; (p) a un proveedor de salud de presidiarios u otros designados por la ley del estado, si la divulgación se efectúa respecto del historial médico de los pacientes presidiarios; o (q) para determinados procesos penales, según lo establece la ley del estado.

## WYOMING

**Divulgación – Registros farmacéuticos:** A menos que hayamos recibido su autorización, revelaremos su información confidencial solamente a: (a) usted, o a quien usted nos instruya; (b) profesionales de la salud y a otros farmacéuticos cuando, a criterio profesional del farmacéutico, la divulgación de la información sea necesaria para el tratamiento o para proteger su salud y bienestar; (c) otras personas o agencias gubernamentales autorizadas por ley a investigar violaciones a las leyes sobre sustancias controladas; (d) padre/madre o tutor de un menor de edad; (e) su tercero pagador, o (f) su agente; y (g) cuando lo exija la ley.



## Plan de Smart Pharmacy en caso de desastres naturales

- En Smart Pharmacy, valoramos ser un equipo de profesionales dedicados. Reconocemos la importancia de cada persona y nuestro compromiso de ayudar a los pacientes a continuar con su tratamiento. En caso de producirse un desastre natural, como un huracán, un tornado, una inundación, un terremoto o un incendio, siga estas instrucciones:
- Si se produce un desastre natural en la zona donde vive, haremos todo lo posible para comunicarnos con usted de inmediato y verificar que disponga de un suministro adecuado del medicamento. También puede llamar a Smart Pharmacy al 877-811-6337 para reportar el incidente e informarnos dónde podemos enviarle el medicamento. Tenga a mano la nueva dirección y número de teléfono donde podamos contactarlo.
- Si su zona se ve afectada por un desastre natural y usted decide permanecer en su casa, le rogamos que le informe a Smart Pharmacy si es posible acceder a su casa en automóvil. De lo contrario, Smart Pharmacy puede ayudar a hacer los arreglos necesarios para que reciba su medicamento por otro medio.
- Si debe abandonar su casa, llámenos para informarnos su nueva dirección y número de teléfono.
- Si necesita atención médica o suministros médicos de emergencia, llame al 911 o diríjase a un hospital de la zona no afectada más cercana.
- Si Smart Pharmacy sufre una emergencia/corte de energía, haremos todo lo posible para contactarlo según sea necesario.





## Seguridad del paciente

### Reacciones adversas a los medicamentos

Los pacientes que tengan reacciones adversas a los medicamentos, síntomas médicos agudos u otros problemas deben comunicarse con su médico de cabecera o sala de emergencias local o llamar al 911.

### Si tiene preguntas sobre su medicamento o desea informar una reacción adversa

Llame al: 877-811-MEDS(6337)

Lunes a viernes de 8 a. m. a 7 p. m.; sábados de 9 a. m. a 6 p. m. (hora del Este)

También puede informar los efectos secundarios a la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) llamando al 1-800-FDA-1088.

### Guía y lugares para el desecho de medicamentos\*

Para desechar su medicamento, siga las instrucciones específicas que figuren en el prospecto o en el folleto de información para el paciente que viene con el medicamento. No arroje los medicamentos en el fregadero o el inodoro, salvo que la información mencionada anteriormente lo indique expresamente.

- Aproveche los programas creados para que el público lleve los medicamentos no usados a un centro de recolección para ser correctamente desechados. Llame a los organismos de seguridad de la zona para averiguar si patrocinan algún programa de recepción de medicamentos en su comunidad. Comuníquese con el servicio de recolección y reciclaje de residuos domésticos del gobierno de su ciudad o condado para conocer las opciones de desecho de medicamentos en su zona y qué normas deben cumplirse.
- Entregue los medicamentos no usados a los recolectores registrados de la Administración para el Control de Medicamentos (DEA, por sus siglas en inglés). Algunos sitios autorizados pueden ser las farmacias minoristas, hospitalarias o clínicas, y las oficinas de los organismos de seguridad. Algunos de ellos ofrecen programas de recepción por correo o contenedores de recolección ("buzones"). Visite el sitio web de la DEA o llame al 1-800-882-9539 para obtener más información y encontrar un recolector autorizado en su comunidad.
- El local de venta al público de Smart Pharmacy es un sitio de recolección pública de sustancias reguladas registrado en la DEA: 14003 Beach Blvd. Jacksonville, FL 32250

Si el prospecto no tiene instrucciones para desechar el medicamento y no hay ningún programa de recepción de medicamentos en su zona, siga estos pasos para desechar los medicamentos en la basura doméstica:

- Sáquelos del envase original y mézclelos con una sustancia que desee desechar, como granos de café usados, tierra o arena para gatos (esto hará que el medicamento sea menos llamativo para los niños y las mascotas y menos reconocible para las personas que podrían revisar intencionalmente la basura en busca de medicamentos).
- Coloque la mezcla en una bolsa con cierre hermético, lata vacía u otro recipiente para evitar que el medicamento se vuelque o sobresalga en la bolsa de basura.

---

\*Referencia:

Cómo desechar medicamentos usados

[www.fda.gov](http://www.fda.gov) (publicado en la página de novedades para consumidores de la FDA)

# ¡Gracias por elegir nuestra farmacia!

Comuníquese con nosotros si tiene  
preguntas sobre su receta.



Línea gratuita: 877-811-6337(6337)

Fax: 800-910-7195

[www.SmartPharmacy.com](http://www.SmartPharmacy.com)