



# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Para obtener más información, llame al:  
TELÉFONO GRATUITO: 1-866-893-6337

Envíe el formulario de inscripción completado mediante uno de los siguientes métodos:

ENVIAR A: CANARX, PO BOX 3009, WINDSOR, ONTARIO CANADA N8N 2M3

CARGA SEGURA: CANARXDOCS.COM

FAX PARA: 1-866-715-6337

(Las recetas enviadas por fax deben enviarse directamente desde el consultorio del médico.)

WEBID (LLAME SI NO ESTÁ SEGURO)

NOMBRE DEL EMPLEADOR(A)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (FAVOR DE IMPRIMIR)

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE EL MIEMBRO

TELÉFONO DE CASA

TELÉFONO MÓVIL

NÚMERO TELÉFONICO DE EL TRABAJO EXT.

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE

INICIAL

APELLIDO

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

ABONADO

DEPENDIENTE

MEDICAMENTOS ACTUALES / VITAMINAS **ESTO NO ES UNA RECETA.**

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS RECETADOS, SIN RECETA Y DE VENTA LIBRE; SUPLEMENTOS A BASE DE HIERBAS, NUTRICIONALES Y VITAMÍNICOS.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO Ej. JANUVIA	DOSIS Ej. 50MG	CONTAS VECES AL DÍA Ej. DOS VECES AL DÍA	FECHA INICIADA Ej. 08/20/2019	RAZON PORQUE USA EL MEDICAMENTO Ej. DIABETES

LOS MEDICAMENTOS NUEVOS PARA USTED DEBEN SER RECETADOS, SURTIDOS Y TOMADOS DOMÉSTICAMENTE DURANTE UN PERÍODO DE NO MENOS DE 30 DÍAS ANTES DE ORDENARLOS ATRAVÉS DE ESTE PROGRAMA. PROVAFOR PÍDALE A TU MÉDICO QUE LE DE UNA RECETA PARA UN SUMINISTRO PARA 3 MESES CON 3 RECARGAS.

LA RECETÁ ESTA ADJUNTA  LA RECETA SERA ENVIADA POR EL CORREO  LA RECETA SERA ENVIADA POR FAX DESDE EL CONSULTORIO DE EL MÉDICO

HISTORIAL MÉDICO (Si requiere más espacio, por favor adjunte una hoja por separado.)

SEXO:  MASCULINO  FEMENINO

1. OPERACIONES (EJ. HISTERECTOMÍA, VESÍCULA BILIAR, OPERACIONES CARDÍACAS, ETC.):

2. HOSPITALIZACIONES (ESTADÍAS EN EL HOSPITAL DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS):

3. CONDICIONES MÉDICAS (CRÓNICAS - EJ. DIABETES MELLITUS TIPO 1, VASCULITIS, OSTEOPOROSIS, ETC.) – **NOTE:** Absténgase de utilizar términos genéricos como "enfermedad cardíaca", ya que esto podría indicar cualquier número de condiciones médicas tales como enfermedad cardíaca valvular, insuficiencia cardíaca, bradiarritmia, taquiarritmia, retraso en la conducción ventricular, etc.

4. ALERGIAS A MEDICAMENTOS:  SI  NO EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR ESPECIFICAR.

## AUTORIZACIÓN – SI EL PACIENTE ES UN NIÑO DEPENDIENTE MENOR DE 18 AÑOS

Certifico que esta es una declaración verdadera y correcta del historial médico de mi dependiente. confirmo que él/ella ha sido y será monitoreado regularmente por un médico en los estados unidos y ha tenido un examen físico en los últimos 12 meses. Verifico que él/ella ha tomado los medicamentos mencionados anteriormente por un período de más de 30 días. Certifico que he leído, comprendido y estoy de acuerdo con los Términos del Acuerdo en el reverso, o en ausencia, confirmo que fue leído y entendido en el sitio web antes de la firma, y que la información proporcionada anteriormente es precisa y correcta.

Firma del padre/tutor:

Fecha:

(MM/DD/AAAA)

## AUTORIZACIÓN – SI EL PACIENTE ES EL ABONADO, CÓNYUGE O UN HIJO DEPENDIENTE DE 18 AÑOS O MÁS

certifico que he leído, y entendido y estoy de acuerdo con los términos de acuerdo en el reverso, o en su ausencia, confirmo que se ha leído y comprendido el acuerdo en la sitio web antes de la firma, y que la información proporcionada por mí es correcta y verdadera.

Firma del paciente:

Fecha:

(MM/DD/AAAA)

## CONFIRMACIÓN Y REPRESENTACIONES

*Celebro este acuerdo con CANARX Services Inc. en Windsor, Ontario, Canadá, y CANARX Group Inc. en Christ Church, Barbados, (en conjunto denominados "CANARX") para poder obtener acceso a medicamentos médicamente necesarios y legalmente recetados a bajo costo. Solicito a CANARX que me ayude a ejercer todos y cada uno de mis derechos de importación personal a los Estados Unidos de medicamentos para mi uso personal (o, si corresponde, para el uso personal de una persona de la que soy el padre o tutor legal).*

Declaro que:

1. Soy mayor de edad en la jurisdicción en la que resido habitualmente.
2. No tengo restricciones para tomar mis propias decisiones médicas según las leyes de la jurisdicción en la que resido habitualmente.
3. Si no soy el paciente a quien se le recetó el medicamento, soy el padre o tutor legal de la persona ("el dependiente") a quien se le recetó el medicamento y tengo autoridad legal para solicitar y obtener medicamentos recetados en nombre de dicha persona.
4. Certifico que soy residente de los Estados Unidos y no residente de ningún otro país.
5. Estoy (o, si corresponde, el dependiente está) bajo el cuidado de un médico debidamente calificado y autorizado en los Estados Unidos (mi "médico estadounidense") y el medicamento que le solicito a CANARX que me ayude a obtener fue recetado para mí (o para el dependiente) por mi médico estadounidense.
6. Mi médico de EE. UU. me ha examinado (o al dependiente) en los últimos 12 meses y me examinará (o al dependiente) al menos una vez cada 12 meses mientras esté (o el dependiente esté) tomando medicamentos.
7. Cualquier medicamento que le pida a CANARX que me ayude a obtener es un medicamento que yo (o el dependiente) ya ha tomado, bajo las órdenes y supervisión de mi médico de EE. UU., durante al menos 30 días antes de realizar un pedido de medicamento a través de CANARX.
8. Mi atención (o la del dependiente) por parte de mi médico de EE. UU. es continua y no busco ni confiaré en ninguna información médica de CANARX o de ningún médico contactado por CANARX.
9. No he violado ninguna ley en la jurisdicción en la que resido habitualmente (o, si es diferente, en la jurisdicción en la que se emitió la receta) al obtener la receta para el producto solicitado.
10. La receta emitida por mi médico de EE. UU. no ha sido alterada de ninguna manera ni se ha completado previamente.
11. Utilizaré cualquier medicamento obtenido para mí a través de CANARX estrictamente de acuerdo con las instrucciones proporcionadas por mi médico de EE. UU.
12. El medicamento dispensado de acuerdo con mi receta no se utilizará de ninguna manera excepto según lo indicado por mi médico de EE. UU.
13. No permitiré que nadie más use la receta ni ningún medicamento que reciba.
14. En caso de que yo sufra (o el dependiente sufra) cualquier efecto secundario de cualquier medicamento obtenido para mí por CANARX, me comunicaré de inmediato con mi médico de EE. UU.
15. Declaro y garantizo que todos los medicamentos que compre y obtenga con la ayuda de CANARX son para mi uso personal o el del dependiente; que no busco importar medicamentos a los Estados Unidos con ningún propósito comercial; y que no reventaré ni intercambiaré ni distribuiré con fines de lucro ningún medicamento que compre u obtenga con la ayuda de CANARX.
16. Me he inscrito en un programa de CANARX y he contratado a CANARX como mi agente por mi propia voluntad. Ni mi empleador ni ninguna persona relacionada con mis beneficios de salud o plan de seguro médico me ha exigido que contrate los servicios de CANARX ni que importe medicamentos. Entiendo que tengo derecho a negarme a participar en el programa CANARX y a obtener medicamentos de alguna otra manera, incluso en una farmacia local.
17. Si me he inscrito o registrado en un programa CANARX, o he proporcionado información a CANARX, a través de un sitio web o una plataforma informática de cualquier tipo, he leído, comprendido y he dado mi consentimiento a todos los términos y condiciones establecidos en el sitio web o la plataforma informática. En particular, reconozco que si he dado mi consentimiento a estos o a cualquier otro término en un sitio web de CANARX, lo he hecho no solo visitando el sitio web (un "acuerdo de navegación") sino haciendo clic específicamente en botones o indicando electrónicamente mi consentimiento después de haber tenido la oportunidad de leer y comprender todos esos términos.
18. Toda la información que me doy a CANARX es verdadera.

## AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

*Doy mi consentimiento y autorizo lo siguiente:*

1. Por la presente designo a CANARX y sus delegados, contratistas y agentes (en conjunto denominados "CANARX") como mis agentes pagos y apoderados a los efectos de obtener recetas que correspondan a las recetas emitidas por mi médico de EE. UU. y de coordinar que las farmacias me distribuyan los medicamentos según lo prescrito.
2. CANARX puede realizar cualquier acto que yo mismo podría realizar para que cualquier médico, farmacéutico o técnico de farmacia revise mi receta y para que una farmacia me distribuya el medicamento prescrito.
3. CANARX puede coordinar la compra y entrega de los medicamentos que me prescriban, en los términos establecidos en este acuerdo, como si yo personalmente hubiera realizado tales acciones.
4. CANARX puede ponerse en contacto conmigo y comunicarse conmigo y hacer arreglos para que yo me comunique con CANARX por todos los medios razonables, incluso por escrito, por correo, por servicio de mensajería y por todos los medios electrónicos (como teléfono, correo electrónico, fotocopiadoras, fax, sitios web, mensajes de texto, servicios de mensajes cortos ("SMS"), servicios multimedia ("MMS") y aplicaciones ("apps" para usar en dispositivos personales)).
5. Autorizo y doy instrucciones a mi médico de EE. UU. para que divulgue a CANARX (y a cualquier médico, farmacéutico o técnico de farmacia contactado por CANARX) toda la información médica personal que me pertenezca a mí o, si corresponde, al dependiente ("Historial médico personal"), incluidos, entre otros, todos los registros médicos, informes médicos, notas de progreso, notas de enfermeras, informes sobre pruebas de diagnóstico, opiniones médicas, registros de radiografías, registros de imágenes, informes de laboratorio y/o cualquier otro conocimiento o información que mi médico de EE. UU. pueda poseer.
6. Acepto dar instrucciones a mi médico de EE. UU. para que emita mi receta en papel (si es necesario para que la dispense una farmacia ubicada fuera de la jurisdicción de mi médico de EE. UU.) y enviar (por correo, por fax, por Internet o de otro modo) a CANARX desde el consultorio de mi médico de EE. UU. la copia firmada original de la receta.
7. CANARX y los médicos, farmacéuticos, técnicos de farmacia, enfermeras y otro personal que selección pueden comunicarse con mi médico de EE. UU. para analizar mi receta si es necesario.
8. Los médicos contratados por CANARX pueden emitir recetas para los medicamentos que he pedido si lo consideran conveniente y apropiado.
9. CANARX puede realizar pagos en mi nombre a las farmacias contactadas por CANARX por dispensar medicamentos de acuerdo con mis recetas, a los médicos contactados por CANARX por los servicios prestados en mi nombre y a CANARX por los servicios prestados a mí.
10. CANARX puede hacer cualquier uso de cualquier información, incluyendo, pero no limitado a, Historial Médico Personal, perteneciente a mí y/o, si corresponde, al dependiente, que considere razonablemente necesario para brindarme servicios.
11. De acuerdo con mis derechos y privilegios bajo todos los beneficios de salud o planes de seguro de salud aplicables a mí o al dependiente, por la presente solicito y autorizo a mi empleador o titular del plan a pagar todos los productos y servicios relacionados con el medicamento recetado que obtenga a través de CANARX en las cantidades facturadas por CANARX y que mi empleador o titular del plan considere apropiadas de acuerdo con el plan de beneficios. Autorizo a CANARX a actuar como mi agente en la presentación de mi reclamo de beneficios a mi empleador o titular del plan o a cualquier otra persona.
12. En caso de que mi empleador o titular del plan no acepte o se niegue a aceptar mi reclamo de beneficios cuando se presente, prometo reembolsar a CANARX, a pedido, los costos del medicamento y de los servicios profesionales que he recibido a través del programa CANARX.

## RECONOCIMIENTO Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

*Por la presente, hago los siguientes reconocimientos y descargos de responsabilidad a CANARX y a todos sus empleados, delegados, agentes y contratistas, incluidos médicos, farmacéuticos, técnicos de farmacia, enfermeras, personal administrativo y personal:*

1. Mi médico de EE. UU. es mi médico de cabecera (o, si corresponde, es el médico de cabecera del dependiente). Se solicita a cualquier médico contactado por CANARX que revise la información contenida en mi Historial médico personal solo con el propósito de autorizar que una farmacia contactada por CANARX me dispense el medicamento recetado para mí o el dependiente por mi médico de EE. UU.
2. CANARX no me ha hecho declaraciones ni garantías, incluidas, entre otras, declaraciones o garantías con respecto al uso o la idoneidad para cualquier propósito particular de los medicamentos entregados (incluidas, entre otras, su idoneidad para curar o ayudar a aliviar cualquier dolencia, enfermedad o dolencia en particular, o sus efectos secundarios o adversos potenciales o reales, ya sean conocidos o desconocidos previamente).
3. Deseo obtener una receta de un médico contactado por CANARX y he contratado los servicios de CANARX para facilitarlos. Entiendo que el médico contactado por CANARX confiará en la precisión del examen realizado y la receta proporcionada por mi médico estadounidense.
4. Libero a CANARX y a todos sus funcionarios y directores, agentes, delegados, empleados y contratistas de toda responsabilidad, reclamo y causa de acción con respecto a errores u omisiones de la empresa o agencia responsable del transporte de mi pedido.
5. Reconozco que he comprado mis medicamentos para uso personal y comprendo que mis medicamentos pueden estar sujetos a inspección y confiscación en la frontera de los EE. UU.
6. Confirmando, reconozco y acepto específicamente que el título de mis medicamentos pasa a mí cuando mis medicamentos se envían desde la farmacia contratada contactada por CANARX.
7. Reconozco que CANARX, como mi agente pagado, requiere el pago total antes del envío y que mi pedido no puede devolverse para un reembolso o un cambio.

## AVISO DE PRIVACIDAD Y RECONOCIMIENTO

*Acepto los siguientes términos con respecto a la recopilación y el uso de información sobre mí, y reconozco que puedo revisar la Política de privacidad de CANARX en detalle como se indica a continuación:*

1. CANARX puede recibir y recopilar toda la información sobre mí y mi salud y, si corresponde, sobre el dependiente y la salud del dependiente, incluidos, entre otros, nombre completo, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, número de seguro social, información médica personal e información de pago; puede mantener dicha información archivada según sea necesario para verificar y procesar pedidos futuros y obtener el pago y el reembolso de los mismos; y puede transmitir y almacenar dicha información por escrito, electrónicamente o por cualquier medio posible. CANARX y los médicos y farmacéuticos contactados por CANARX pueden compartir toda la información recibida de mí o sobre mí o el dependiente con mi médico de EE. UU., los médicos y farmacéuticos contactados por CANARX y mi empleador o administrador del plan de beneficios, y sus respectivos asistentes y agentes, con el fin de obtener los medicamentos según lo prescrito para mí y de obtener los pagos adecuados por los medicamentos y los servicios relacionados.
2. Soy consciente de que CANARX puede transmitir mi información personal por medios electrónicos (por ejemplo, fax, o a través de un sitio web o de otro modo a través de Internet) a sus agentes, contratistas y otro personal y médicos y farmacias seleccionados. Entiendo que el uso de medios electrónicos mejorará la eficiencia y la puntualidad del procesamiento de mi pedido. También entiendo que CANARX, como custodio de mi información personal, tomará todas las precauciones adecuadas para proteger mi información personal de la divulgación o el uso indebidos. Por la presente, doy mi consentimiento para que CANARX transmita mi información personal por medios electrónicos a sus delegados, empleados, contratistas, agentes y médicos y farmacias seleccionados.
3. Reconozco que CANARX obtendrá información médica sobre mí y está obligado, de acuerdo con la Política de privacidad de CANARX, a proteger dicha información. Puedo visitar [www.canarx.com/privacy-policy/](http://www.canarx.com/privacy-policy/) en cualquier momento para ver la versión más actualizada de la Política de privacidad de CANARX.
4. Si y en la medida en que la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1986 ("HIPAA"); la Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica ("HITECH"), promulgada como parte de la Ley de Recuperación y Reinversión Estadounidense de 2009; y de las enmiendas a la misma y de las normas y regulaciones promulgadas en virtud de la misma, incluida la "Norma Final Provisional" promulgada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en 77 Fed. Reg. 1556 (10 de enero de 2012), la "Norma Final Omnibus" promulgada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en 78 Fed. Reg. 5566 (25 de enero de 2013) y las normas codificadas en 45 C.F.R. Partes 160, 162 y 164; y estatutos y reglamentos similares; todos ellos modificados de vez en cuando; pueden aplicarse a mi relación con CANARX o a cualquier transacción realizada en relación con este acuerdo, entonces renuncio a mis derechos bajo esas leyes y normas según sea necesario para lograr los propósitos de este acuerdo.

## RECONOCIMIENTO DE ANTI-DIRECCIONAMIENTO

*He elegido voluntariamente inscribirme en el programa CANARX.*

1. Entiendo que soy libre de llevar mi negocio a farmacias distintas a las que se seleccionan para mí en el programa CANARX.
2. Nadie me ha dicho que estoy obligado a inscribirme en el programa CANARX o que será penalizado de alguna manera si no me inscribo en el programa CANARX.
3. Entiendo que CANARX me promete que es completamente independiente de mi empleador, mi patrocinador del plan de salud, mi aseguradora de salud y todos y cada uno de los administradores de beneficios y administradores de planes que trabajan para mi empleador, el patrocinador del plan y/o la aseguradora.
4. Entiendo que CANARX me promete que no paga honorarios ni dinero de ningún tipo a mi empleador, mi patrocinador del plan de salud, mi aseguradora de salud o cualquier administrador de beneficios o administrador de planes que trabaje para mi empleador, el patrocinador del plan o la aseguradora; y comprendo que, por el contrario, CANARX recibe el pago de mi plan de salud por los servicios que CANARX me brinda.
5. Comprendo que tengo la opción de elegir el programa CANARX porque me permite decidir si estoy o no satisfecho con la calidad de los medicamentos y el servicio que recibo y con los ahorros de costos que mi plan y yo logramos al usar el plan CANARX.
6. Comprendo que tengo la opción de inscribirme en el programa CANARX para adquirir algunos de mis medicamentos recetados, mientras que al mismo tiempo puedo optar por adquirir algunos de mis medicamentos en otro lugar. Reconozco que CANARX me aconseja que busque que cualquier receta de medicamentos que necesite de manera aguda (el mismo día en que se prescribe, o para una emergencia o en un corto plazo) o para administración bajo la supervisión inmediata de un farmacéutico o con la participación del farmacéutico, se surta en una farmacia local cerca de mí.
7. Comprendo que tengo derecho a abandonar el programa CANARX en cualquier momento y a llevar mi negocio de farmacia a otro lado por cualquier motivo que elija.

## RECONOCIMIENTO Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD ADICIONAL

*Por la presente hago el siguiente reconocimiento adicional y exono a titular del plan, sus empleados, funcionarios, agentes, herederos y cesionarios:*

1. Reconozco que el titular del plan no me ha hecho declaraciones ni garantías, incluidas, entre otras, declaraciones o garantías con respecto al uso para cualquier propósito particular de los medicamentos entregados, incluida, entre otras, su idoneidad para curar o ayudar a aliviar cualquier dolencia, enfermedad o dolencia en particular o sus efectos secundarios o adversos potenciales o reales, ya sean conocidos o desconocidos previamente.
2. Reconozco que no se pueden usar envases de protección para niños para completar mi receta. Prometo que, al recibir el medicamento, tomaré todas las medidas necesarias para evitar que cualquier niño tenga acceso no autorizado al medicamento. Por la presente, eximo a CANARX y a todos sus funcionarios, directores, agentes, delegados, empleados y contratistas, incluida la farmacia que completa mi receta, de todos y cada uno de los reclamos que surjan o estén relacionados con el uso o la falta de uso de envases de protección para niños.
3. Libero al titular del plan, sus funcionarios, empleados, agentes, herederos y cesionarios de (i) todas y cada una de las causas de acción con respecto a errores u omisiones de la compañía o agencia responsable de transportar mi pedido; (ii) todas y cada una de las causas de acción con respecto a errores u omisiones de CANARX en la obtención de los medicamentos recetados para completar mi pedido; (iii) todas y cada una de las causas de acción con respecto al uso para cualquier propósito de cualquier medicamento entregado a través de este programa.