

HOJA DE PEDIDO

Cuando la persona contacte con el Servicio de Voluntariado en Estado de Alarma y solicite el servicio de prestación farmacéutica, el voluntario deberá cumplimentar la siguiente hoja de pedido.

Se imprimirán dos copias, una quedará en posesión de la farmacia y otra para entrega al paciente junto al ticket de compra.

FECHA:	Nº TICKET DE PEDIDO
---------------	----------------------------

Datos de la farmacia comunitaria:

Nº Farmacia:
Nombre y apellidos del titular:
Dirección:
Localidad:
Teléfono:

Circunstancias que motivan la solicitud:

- Problemas de movilidad
- Procesos crónicos complejos incluidos en los grupos de mayor riesgo de infección por COVID-19: enfermedades respiratorias, cardiovasculares, cáncer, diabetes o cualquier otro que suponga un déficit de la inmunidad (VIH, procesos autoinmunes, etc....)
- Situación de cuarentena domiciliaria por COVID-19
- Enfermedad aguda (COVID-19 u otros procesos que cursen con fiebre o con síntomas de enfermedad infecciosa)
- Habitantes de municipios sin farmacia que no puedan desplazarse
- Otros pacientes que, a juicio de Ayuntamientos, Diputaciones o de las otras entidades colaboradoras, requieran este servicio.

Datos de la persona de demanda el servicio:

Nombre y Apellidos del titular:
FECHA DE NACIMIENTO:
DNI: (para consignar en caso de psicótrpos y estupefacientes)
TELÉFONO:
Dirección: Nº: Piso: Letra: C.P:
Localidad:
CIPA *Código de la Tarjeta Sanitaria que comienza por CYL
Hoja de medicación: *Solo en caso de Receta Electrónica

RECETA ELECTRÓNICA

RECETA PAPEL

NECESIDAD DE RECOGER LA RECETA EN PAPEL:

NO

SI: EN EL CENTRO DE SALUD

SI: EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE

Medicamento/producto	Unidades	Conservación: Nevera o Tª ambiente	Importe a cobrar al paciente (TICKET DE CAJA) PAGADO O NO

Datos del voluntario que realiza la entrega:

Nombre y apellidos:
Organización a la que pertenece:
Dirección:
Localidad:
Fecha de entrega del pedido:

A cumplimentar por la persona receptora del pedido (VERIFICAR RECEPCIÓN):

Nombre y Apellidos:
Fecha de recepción:
Firma:

Sus datos personales son tratados por la farmacia identificada en el presente documento, en cumplimiento de la normativa, la protección vital de interesado o terceros y el interés público esencial, para poder dispensar los medicamentos solicitados y la entrega en su domicilio para evitar desplazamientos y riesgos derivados de la situación sanitaria actual. Sus datos podrán ser tratados por la entidad responsable del voluntario que realice la entrega con la exclusiva finalidad de entregarle la medicación dispensada desde la Farmacia. Igualmente, podrán ser comunicados a los Colegios/Consejos de Farmacéuticos y a las administraciones y organismos públicos competentes. Puede ejercitar sus derechos ante la farmacia dispensadora en la dirección de contacto que aparece en el presente justificante de entrega.