

Formulário de autorização e de quitação

Em consideração pela CanadianOnlineRx.com preenchendo a receita para a minha medicação, eu confirmo o seguinte e providencio as seguintes quitações:

Nenhuma receita(s) será preenchida até uma cópia assinada e datada deste documento e um Perfil de Paciente completado tenha sido recebido pela NEXUS Drug Store Inc. Estes documentos poderão ser enviados por fax para 1-866-337-8471.

Eu, como o abaixo-assinado, tendo mais de 21 ano de idade, por este meio:

Declaração e Representações

Representar e confirmar à CanadianonlineRx.com, NEXUS Drug Store Inc., seus afiliados, companhias relacionadas, subsidiárias e companhia progenitora (seguidamente referida colectivamente como a "NDS") que:

1. O medicamento(s) para ser entregue a mim foram prescrito por um médico autorizado a praticar medicina no país, estado ou outra aplicável jurisdição na qual eu possa residir ou onde eu tenha procurado tratamento.
2. A receita(s) para os medicamento(s) foram legalmente obtidas do mesmo médico.
3. Eu utilizarei qualquer medicamento obtido para mim pela NDS, rigorosamente de acordo com as instruções providenciadas pelo médico que terá prescrito tal medicamento.
4. O medicamento(s) só será utilizado como indicado e só pela pessoa para quem o medicamento(s) terá sido prescrito.
5. Eu poderei tomar as minhas próprias decisões médicas de acordo com a lei do lugar onde eu resido.
6. A receita(s) que eu requisito à NDS em ajudar-me adquirir não foi alterada em nenhuma forma nem terá sido previamente aviada antes da sua entrega à NDS. Eu assumo a obrigação em imediatamente destruir todas as cópias da minha receita(s), logo que esta seja aviada.
7. Não busco nem dependo de nenhuma informação médica da NDS e eu tenho consultado um médico qualificado onde eu obtive a receita dentro deste último ano.
8. Eu contactarei imediatamente o médico que terá providenciado a minha receita incluída com esta ordem no caso de eu sofrer qualquer efeito lateral inesperado por causa de qualquer medicação providenciada para mim pela NDS.
9. Eu compreendo que é da minha responsabilidade ter regularmente exames médicos efectuados pelo meu médico primário licenciado nos E.U. que for responsável pelo meu cuidado incluindo todos os testes sugeridos para assegurar que eu não tenha problemas médicos que poderiam constituir uma contradição a eu tomar os medicamentos prescritos.
10. Eu reconheço que os empregados e agentes da NDS terão dependido da informação e documentação que eu estou providenciando (incluindo o Perfil de Paciente) e eu represento e confirmo que eu providenciei completamente toda a informação e documentação pertinente à NDS. Eu concordo em notificar a NDS de qualquer mudança ao meu estado físico e médico, providenciando um Perfil de Paciente actualizado.

Autorização e consentimento

1. Eu aqui autorizo e indigito a NDS, como meu agente e advogado para o propósito limitado de tomar todos os passos e assinar todos os documentos necessários a meu favor para adquirir a receita no Canadá que seja equivalente à receita que eu envie à NDS, até ao mesmo ponto como se eu pudesse pessoalmente se eu estivesse presente dando tais passos e assinando tais documentos eu próprio(a). Esta autorização incluirá mas não será limitada a: aquisição de informação pessoal de saúde acerca de mim; aquisição de informação similar do meu médico ou farmacêutico que providencia receitas, e de revelar tal informação pessoal aos empregados da NDS, agentes e providentes de serviço incluindo o médico Canadiano adquirido a meu favor, para o propósito limitado de obter a receita Canadiana. As autorizações e consentimentos que estou providenciando à NDS iniciam na data em que tenho assinado neste Acordo e continuarão até que eu os tenha anulado. Eu compreendo que posso anular os consentimentos e autorizações que tenho concedido à NDS em qualquer altura.
2. Eu aqui reconheço especificamente que estou ciente de que a NDS transferirá a informação pessoal sobre a minha saúde por meios electrónicos (fax, Internet segura) aos seus empregados, agentes, afiliados, e provedores de serviço incluindo o médico Canadiano adquirido a meu favor. Eu compreendo que o uso de meios electrónicos melhorará a eficiência e o tempo de processar a minha ordem. Eu também compreendo que a NDS, tendo custódia da minha informação pessoal tomará todas as precauções apropriadas para proteger a minha informação pessoal de saúde de revelação ou uso impróprio. Eu dou aqui consentimento à transmissão pela NDS da minha informação pessoal de saúde por meios electrónicos.
3. Se eu fui dirigido(a) aos serviços da NDS através de um afiliado ou intermediário, eu aqui dou autorização a NDS para ceder a seguinte informação a tal intermediário:
 - a. Um identificador numérico indicando que eu fui um paciente referido dessa mesma fonte;
 - b. Informação financeira que permitirá o andamento de qualquer processo a meu favor.É a minha compreensão que todos tais intermediários entrarão em acordos de confidencialidade em que concordam em seguir a legislação de privacidade da NDS relacionadas com a protecção da informação pessoal da minha saúde. Eu especificamente consinto com a transmissão da informação referida por meios electrónicos.

 canadian onlinernx.com MPhA Lic.# 32533	Complete os três formulários (Quitação, Historial e Ordem) e junto com a sua prescrição envie por fax ou pelo correio para:
	CanadianOnlineRx - C/O NEXUS Drug Store 1205 Richard Ave., Winnipeg, MB R3E 3H3 Phone: 1-877-337-8470 Fax: 1-866-337-8471

FORMA 1 de 3

Autorização e consentimento (continuação)

4. Eu autorizo e indigito a NDS como meu agente e advogado para o propósito de tomar todos os passos e assinar todos os documentos a meu favor, necessários para empacotar ou reempacotar o medicamento(s) e os despachar a mim, da mesma forma como se fosse eu a fazê-lo estando eu presente, a dar esses mesmos passos e assinando esses mesmos documentos eu próprio(a).
5. Eu autorizo e indigito a NDS como meu agente e advogado para o propósito de tomar todos os passos e assinar todos os documentos a meu favor, necessários para o propósito de despachar o meu medicamento(s) receitado para mim como se tivesse sido eu mesmo a despachar tal medicamento(s) receitado para a minha própria morada.
6. Eu reconheço e admito que fui eu que iniciei a consulta com a NDS e que a NDS não está localizada nos Estados Unidos. Eu também reconheço que os farmacêuticos que trabalham para a NDS e que os médicos contratados pela NDS a meu favor estão localizados e autorizados a praticar medicina ou farmácia no Canadá e que todos os serviços que eu recebo da farmácia Canadiana e dos farmacêuticos estão sendo recebidos no Canadá.
7. Eu também concordo que qualquer e todo os acordos estabelecidos ou contratos formados em todo o curso do relacionamento entre mim e a NDS serão considerados como tendo sido feitos na província de Manitoba, Canadá e que portanto serão governados pelas leis da província de Manitoba e pelas leis do Canadá aplicáveis a tais contractos e acordos.
8. Eu concordo que qualquer disputa que surja entre mim e a NDS, seus afiliados, companhias relacionadas, subsidiárias, companhia progenitora, oficiais, directores, empregados, agentes e contratadores serão governados pelas leis da Província de Manitoba e pelas leis do Canadá que sejam aplicáveis a contractos formados em Manitoba, e eu concordo que os tribunais da Província de Manitoba terão única e exclusiva jurisdição sobre tais disputas.

Termos de compras e venda

1. Nexus Drug Store debitará ao meu cartão de crédito as seguintes quantias:
 - a. O preço da medicação e despacho (Visa/MasterCard em Dólares dos E.U.) como citados no Web site no dia em que a NDS receber a minha ordem; e
 - b. No caso de o meu pagamento não ser autorizado, a NDS tem o direito de cancelar e tentar providenciar-me com tal notificação de cancelamento.
2. A NDS reserva o direito de me recusar assistência em obter qualquer ordem, segundo a sua inteira discricção, em cujo o caso eu terei o direito de ser reembolsado os dinheiros pagos por tal ordem.
3. Os medicamento(s) serão empacotados em embalagens resistentes a crianças, a não ser requerido por mim que não o sejam no Questionário do Paciente.
4. A NDS terá o direito de substituir a droga de marca receitada por uma droga de receita genérica, onde disponível, a não ser que o médico tenha indicado que "não haverá substituição". E que uma vez comprado e despachado nenhum produto farmacêutico poderá ser devolvido ou trocado.
5. A NDS não fará troca de medicamento ou devolverá quaisquer dinheiros pagos logo que uma ordem tenha sido preenchida, a não se que o medicamento providenciado a mim pela NDS não corresponda à minha receita.
6. A NDS não providencia a sua agência ou serviços de advogados como substituto pelos cuidados de saúde ou o conselho do médico primário do cliente.

Tenho lido e compreendido os termos e condições expostos neste Acordo e concordo, a meu favor, meus herdeiros, sucessores, administradores e designados que fiquem sujeitos a estes termos e condições.

Assinado neste _____ dia de _____, 200 _____

(Assinatura)

(Com letra tipo de imprensa escreva Nome)

(Assinatura de Testemunha)

(Com letra tipo de imprensa escreva Nome)

Código de despacho (se aplicável)

Historial Médico do Paciente

Nome do Paciente: _____

Morada: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Telefone: (dia) _____ (noite) _____

E-mail: _____

Sexo: Macho Fêmea Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Peso: _____
M D A

Conhecidas alergias a medicamentos: _____

Medicamentação correntes: _____
nome, força, dosagem
inclua todos os OTC's e
Produtos Herbanários.



**canadian
onlinernx.com**
MPHA Lic.# 32533

Complete os três formulários (Quitação, Historial e Ordem) e junto com a sua prescrição envie por fax ou pelo correio para:

CanadianOnlineRx - C/O NEXUS Drug Store
1205 Richard Ave., Winnipeg, MB R3E 3H3
Phone: 1-877-337-8470 Fax: 1-866-337-8471

FORMA 2 de 3

Informação do Medico que prescreveu a receita

Nome: _____

Morada: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Telefone: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Assinatura do Paciente: _____ Data: _____

Por favor queira assinalar qualquer condição médica e enfermidade que se aplique a si.

Condição do Coração Ou tenção atrial: Sim Não

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Arritmia |
| <input type="checkbox"/> Falha Congestiva do coração | <input type="checkbox"/> Afasia |
| <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial | <input type="checkbox"/> Hipertensão |
| <input type="checkbox"/> Doença da Válvula Mitral | <input type="checkbox"/> Enfarte |
| <input type="checkbox"/> Outro (indicar): _____ | |

Gastrointestinal: Sim Não

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Refluxo de Acidez / GERD | <input type="checkbox"/> Hérnia de Hiato |
| <input type="checkbox"/> Síndrome do Colo Irritável | <input type="checkbox"/> Doença de Crohn |
| <input type="checkbox"/> Sangrar do Recto / fezes pretas | <input type="checkbox"/> Úlceras do estômago |
| <input type="checkbox"/> Intolerância a lactose | <input type="checkbox"/> Colite Ulcerativa |
| <input type="checkbox"/> Outro (indicar): _____ | |

Diabetes, Tiróide, Condição Endócrina: Sim Não

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2 |
| <input type="checkbox"/> Hipoglicemia | <input type="checkbox"/> Doença da Tiróide |
| <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Outro (indicar): _____ | |

Neurológico ou Psicológico: Sim Não

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedade | <input type="checkbox"/> Depressão |
| <input type="checkbox"/> Doença Bipolar | <input type="checkbox"/> Insónia |
| <input type="checkbox"/> Deficit de atenção | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Enxaquecas | <input type="checkbox"/> Distúrbio de Pânico |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | |
| <input type="checkbox"/> Outro (indicar): _____ | |

Desordem da vista: Sim Não

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Cataratas |
| <input type="checkbox"/> Problemas de retina | |
| <input type="checkbox"/> Outro (indicar): _____ | |

Problemas de respiração: Sim Não

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rinite Alérgica | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Bronquite Crónica |
| <input type="checkbox"/> Outro (indicar): _____ | |

Desordem do Rim ou Fígado: Sim Não

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Falha Renal (Rim) | <input type="checkbox"/> Require Dialysis |
| <input type="checkbox"/> Hepatite | <input type="checkbox"/> Cirrhosis of the Liver |
| <input type="checkbox"/> Outro (indicar): _____ | |

Doença do Cólon ou Próstata: Sim Não

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP) |
| <input type="checkbox"/> Desordem do Cólon |
| <input type="checkbox"/> Outro (indicar): _____ |

Doença Crónica: Sim Não

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Fadiga Crónica | <input type="checkbox"/> Dor Crónica |
| <input type="checkbox"/> Esclerose Múltipla | <input type="checkbox"/> Fibromialgia |
| <input type="checkbox"/> Outro (indicar): _____ | |

Desordens do musculo, osso ou articulação: Sim Não

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artrite | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Desordem da coluna ou das costas |
| <input type="checkbox"/> Outro (indicar): _____ | |

Colesterol alto: Sim Não

Se sim, com que idade foi diagnosticado? _____

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Triglicéridos Altos | <input type="checkbox"/> Lípidos |
| <input type="checkbox"/> Outro (indicar): _____ | |

Outras situações médicas: Sim Não

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acne | <input type="checkbox"/> Sida |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Menopausa |
| <input type="checkbox"/> Problemas no dormir | <input type="checkbox"/> Obesidade |
| <input type="checkbox"/> Anomalia sanguínea | <input type="checkbox"/> Eczema / Psoríase |
| <input type="checkbox"/> Fumar | <input type="checkbox"/> Gravidez |

Cigarros por dia _____ por _____ anos

Charutos por semana _____ por _____ anos

Câncer: Sim Não

Se sim, por favor especifique o tipo: _____

