

1
Información del médico que prescribe

Nombre (Primer nombre, apellido) _____ Nombre del centro _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____
 (_____) _____ (_____) _____
 Teléfono _____ Fax _____ Contacto en el consultorio _____
 Núm. de licencia estatal _____ Núm. de ID de proveedor nacional _____

2
Información del paciente

Nombre (Primer nombre, inicial segundo nombre, apellido) _____ Hombre Mujer
 Fecha de nacimiento: Mes/Día/Año _____ Edad (años) _____ Últimos 4 dígitos del Núm. de Seguridad Social _____ Dirección de correo electrónico _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____
 (_____) _____ (_____) _____ (_____) _____
 Teléfono particular _____ Teléfono celular _____ Teléfono laboral _____
 Nombre del cuidador (Primer nombre, apellido) _____ Relación con el paciente _____ Teléfono del cuidador _____

3
Información de seguro

Incluya copias de ambos lados de la(s) tarjeta(s) de seguro del paciente **Marque si el paciente no posee seguro**

Seguro primario _____ (_____) _____
 Teléfono del seguro _____
 Núm. de ID de póliza _____ Núm. de grupo _____ Nombre del tenedor de la póliza (Primer nombre, apellido) y Relación con el paciente _____
 Nombre del plan de farmacia _____ (_____) _____
 Teléfono del plan de farmacia _____
 Núm. de ID de la póliza _____ Núm. de grupo _____ Núm. Rx Bin _____ Núm. Rx PCN _____
 Seguro secundario _____ (_____) _____
 Teléfono del seguro _____
 Núm. de ID de póliza _____ Núm. de grupo _____ Nombre del tenedor de la póliza (Primer nombre, apellido) y Relación con el paciente _____

4
Prescripción de FIRAZYR, Solicitud/Exención de formación práctica, y Firma del médico que prescribe

Prescripción: FIRAZYR[®] (icatibant inyectable) ICD-10 D84.1 (AEH) Otra: _____
Dosis: Una (1) inyección subcutánea de 30 mg
Indicaciones: Administrar una inyección subcutánea de 30 mg en la zona abdominal
Despachar: Tres (3) jeringas (NDC 54092-702-03) Una (1) jeringa (NDC 54092-702-02) **Reabastecer:** _____
Instrucciones especiales: _____
Precauciones especiales (p. ej., alergias): _____
 Designo a Shire, Human Genetic Therapies, Inc., sus organizaciones asociadas y sus representantes (denominados, conjuntamente, "Shire") para transmitir en mi nombre la prescripción que aquí se incluye a una farmacia, si corresponde.
Solicitud/Exención de formación práctica (marque uno de los casilleros a continuación):
 SÍ, suministre a mi paciente y/o a su cuidador formación práctica para la correcta autoadministración de FIRAZYR.
 NO, yo u otro proveedor de atención médica he suministrado formación práctica al paciente y/o cuidador para la correcta autoadministración de FIRAZYR.
Firma del médico que prescribe: _____ **Fecha:** _____
 (no se aceptan sellos) DESPÁCHESE COMO SE INDICA POR ESCRITO

5
Autorización del paciente para compartir Información personal de salud e Inscripción en OnePath

Autorización del paciente para compartir Información personal de salud
 Autorizo a todo plan de salud, médico, profesional de atención médica, hospital, clínica, proveedor farmacéutico u otro proveedor de salud (denominados, conjuntamente, "Proveedores de atención médica") a divulgar mi información personal de salud, lo que incluye información vinculada con mi condición médica, tratamiento, administración de los cuidados y seguro de salud, así como toda información proporcionada en este formulario y en cualquier receta, información personal de salud obtenida por los Proveedores de atención médica antes de la fecha de esta autorización ("Información personal de salud"), a Shire, Human Genetic Therapies, Inc., sus organizaciones asociadas y sus representantes, agentes y contratistas (denominados, conjuntamente, "Shire") y a recibir a cambio compensación económica por parte de Shire, para los siguientes fines: el suministro de servicios de apoyo en relación con el producto, incluida la coordinación de los beneficios y la terapia; el apoyo para reembolsos; la investigación de la cobertura de seguro; la comunicación que establezcan conmigo por correo, correo electrónico o teléfono en relación con mi condición médica, tratamiento, administración de los cuidados y seguro de salud; y el uso interno por parte de Shire, lo que incluye el análisis de datos. Entiendo que mi Información personal de salud divulgada en virtud de esta Autorización podría ser nuevamente divulgada por Shire, y dejar de estar protegida por las leyes federales de privacidad. Comprendo asimismo que Shire acuerda realizar esfuerzos razonables para mantener la seguridad de mi Información personal de salud y no divulgarla a terceros sin una legítima razón para hacerlo. Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que mi tratamiento, pago, participación o elegibilidad para recibir los beneficios, lo que incluye mi acceso a la terapia, no depende de que firme esta Autorización. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia firmada de la presente Autorización. Esta Autorización vence al año de la fecha de formalización, o un año después de la fecha de mi última prescripción, lo que suceda más tarde. Comprendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento enviando una notificación de revocación por escrito a OnePath, 300 Shire Way, Lexington, MA 02421, la cual entra en vigencia en el momento en que es recibida por cualquier Proveedor de atención médica con sujeción a las leyes federales de privacidad, excepto en la medida en que ya se haya tomado acción al amparo de esta Autorización.

Inscripción en OnePath (debe marcar el casillero a continuación para inscribirse en los servicios de apoyo en relación con el producto a través de OnePath)
 Certifico que toda la información suministrada en este formulario es completa y precisa. Autorizo a Shire para que recabe Información personal de salud de mi persona, mis cuidadores, y Proveedores de atención médica, y use y divulgue tal Información personal de salud a fin de suministrarme servicios de apoyo en relación con el producto, que incluyen pero no se limitan a, la coordinación de los beneficios y la terapia; el apoyo para reembolsos; la investigación de la cobertura de seguro y la comunicación que establezcan conmigo por correo, correo electrónico o teléfono en relación con mi condición médica, tratamiento, administración de los cuidados y seguro de salud.
Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____
 (Si el paciente es menor de edad)
Firma del padre/madre/tutor legal: _____ **Fecha:** _____

ORIENTACIÓN ADICIONAL PARA COMPLETAR EL FORMULARIO

1 Información del médico que prescribe, 2 Información del paciente, e 3 Información de seguro

- Complete todos los campos del formulario
- No envíe a Shire ninguna documentación de análisis de laboratorio, historia clínica u otros documentos que respalden su anterior proceso de autorización

4 Prescripción de FIRAZYR, Solicitud/Exención de formación práctica, y Firma del médico que prescribe

- FIRAZYR® (icatibant inyectable) se despacha de 2 formas (elija 1 opción): 3 jeringas o 1 jeringa
- Indique el número de reabastecimientos
- Marque el casillero correspondiente para especificar si desea que su paciente reciba formación práctica por parte de Shire sobre la correcta autoadministración o si tal formación práctica ya ha tenido lugar
- Esto es una prescripción; es necesario que tenga la fecha y la firma de un médico

5 Autorización del paciente para compartir Información personal de salud e Inscripción en OnePath

- Se requiere la firma del paciente para permitir que Shire comparta la información personal de salud con terceros a fin de facilitar el acceso a FIRAZYR (beneficios de seguro, formación práctica de autoadministración, transferencia de la prescripción a un Proveedor Farmacéutico Especializado, etc.)
- **Marcar el casillero de inscripción en OnePath permite que los pacientes reciban servicios de apoyo en relación con el producto de Shire, en caso de ser elegibles**
 - Investigación de beneficios
 - Formación práctica para inyección (si corresponde)
 - Apoyo de copagos (cuando corresponda) e información sobre programas de asistencia financiera de terceros, según sea necesario
 - Inscripción en OnePath–Asignación de un Representante de soporte al paciente y servicios de apoyo en relación con el producto

¿QUÉ SUCEDE DESPUÉS?

- Una vez que el formulario completo haya sido enviado a OnePath®, un dedicado Representante de soporte al paciente será asignado a su paciente elegible
- El Representante de soporte al paciente se pondrá en contacto directamente con el/la paciente para informarle sobre los servicios disponibles a través de OnePath y comenzar el proceso de verificación de seguro
- El Representante de soporte al paciente trabajará junto con la compañía de seguro para determinar los beneficios de seguro
 - Si corresponde, OnePath evaluará la elegibilidad del paciente para recibir apoyo de copagos y todo otro medio que pueda ayudar al paciente a acceder a FIRAZYR
- En caso de ser solicitado, el Representante de soporte al paciente coordinará los servicios de formación práctica de autoadministración provistos por Shire

