

# Programas Pfizer de Asistencia al Paciente y Apoyo de Seguros: Formulario de inscripción para medicamentos del Grupo B

Este formulario de inscripción es para pacientes que desean presentar la solicitud para recibir cualquiera de los medicamentos del Grupo B indicados a continuación en forma gratuita a través del Programa Pfizer de Asistencia al Paciente, o que desean recibir ayuda a través del Programa Pfizer de Apoyo de Seguros para entender y usar sus beneficios de seguro para el (los) medicamento(s) del Grupo B que le han recetado. Para obtener asistencia con otros medicamentos de Pfizer, o para obtener información acerca de otros programas de asistencia de Pfizer, llame al 844-989-PATH (7284) para hablar con un Asesor de Acceso a Medicamentos (de lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm, hora del Este).

## ¿Reúno los requisitos para recibir asistencia?

Para reunir los requisitos para recibir asistencia, usted debe:

✓ Haber sido recetado un medicamento de Pfizer del **Grupo B**, incluyendo:

- **Aromasin**® (tabletas de exemestano)
- **BenefIX**® (factor IX de coagulación (recombinante))
- **Bosulif**® (bosutinib)
- **Camptosar**® (clorhidrato de irinotecan inyectable)
- **Ellence**® (clorhidrato de epirubicina inyectable)
- **Emcyt**® (cápsulas de fosfato sódico de estramustina)
- **Ibrance**® (palbociclib)
- **Idamycin PFS**® (clorhidrato de idarubicina inyectable, USP)
- **Inlyta**® (aaxitinib) tabletas
- **Rapamune**® (sirolimús)
- **Revatio**® (sildenafil) tabletas
- **Revatio**® (sildenafil) para suspensión oral
- **Sutent**® (malato de sunitinib)
- **Torisel**® (temsírolimús) inyectable
- **Tyagacil**® (tigeciclina) inyectable
- **Vfend**® (voriconazol)
- **Xalkori**® (crizotinib)
- **Xyntha**® (factor antihemofílico (recombinante), libre de plasma/ albúmina)
- **Zincard**® (dexrazoxano inyectable)

✓ Residir en Estados Unidos o en un territorio de EE. UU.

✓ Cumplir con uno de los siguientes:

- ✓ No tener cobertura para medicamentos por receta, o no tener suficiente cobertura para pagar el medicamento de Pfizer que necesita
- ✓ Necesitar ayuda para entender su cobertura de seguros para el (los) medicamento(s) del Grupo B que le han recetado

✓ Cumplir con ciertos límites de ingreso (La elegibilidad según ingresos comienza en 400% del Nivel de Pobreza Federal y varía según el producto y de la cantidad de integrantes del hogar. La elegibilidad según ingresos será evaluada al recibir la solicitud completada.)

## ¿Cómo puedo presentar mi solicitud?

Si necesita ayuda inmediata con sus medicamentos del Grupo B, llame al 844-989-PATH (7284).

Para presentar su solicitud, use la siguiente lista de control como guía.

Recuerde:



Complete y firme la sección para el paciente de este formulario de inscripción.



Pida al recetador que complete la sección para el recetador y complete la sección de la receta/pedido de este formulario de inscripción.

✓ Reúna los siguientes documentos requeridos:

✓ Formularios de inscripción completado y firmado (páginas 1-2)

\*Nota: Guarde el formulario de HIPAA para su constancia.

✓ Fotocopia de uno de los siguientes documentos que muestre su ingreso total anual:

- Declaración de impuestos federales (Formulario 1040 o 1040EZ) correspondiente al ejercicio fiscal anterior
- Comprobante de salario e impuestos (formularios W-2)
- Dos talones recientes de cheque de sueldo
- Extractos del Seguro Social, pensión o jubilación de empleados ferroviarios (formulario SSA-1099 o similares)
- Comprobantes de intereses, dividendos u otros ingresos (formularios 1099-INT, 1099, 1099-DIV, o similares)

✓ Fotocopie su formulario de inscripción y la documentación de sus ingresos, ya que la misma normalmente no se le devuelve.

✓ Envíe su solicitud por correo o pida al recetador que la envíe por fax (con portada para la oficina) a:

Pfizer Patient Assistance & Insurance Support Programs  
P.O. Box 66976  
St. Louis, MO 63166-6976  
Fax: 800-708-3430

El Programa Pfizer de Asistencia al Paciente es un programa conjunto de Pfizer Inc. y de Pfizer Patient Assistance Foundation™.

La fundación Pfizer Patient Assistance Foundation es una entidad jurídica independiente de Pfizer Inc. con distintas restricciones legales.

P.O. Box 66976, St. Louis, MO 63166-6976

T: 877-744-5675

F: 800-708-3430

PP-PAT-USA-0640

© 2017 Pfizer Inc.

Todos los derechos reservados.

Impreso en Estados Unidos/Junio 2017

FRMRXP101



Grupo B

# Formulario de inscripción para medicamentos del Grupo B: SECCIÓN PARA EL PACIENTE



## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

1

Nombre del paciente:

Dirección del paciente: Ciudad: Estado: Código Postal:

Correo electrónico: Teléfono: Fecha de nacimiento (MM/DD/AA):

Cantidad total de personas en el hogar (incluyendo el solicitante): Ingreso total anual de todo el hogar:

Por favor, presente la documentación necesaria para comprobar la información financiera que indicó. Se adjunta:

Última declaración de impuestos federales  Formulario W-2  Otro

¿Tiene cobertura de seguro o para medicamentos por receta?  Sí (Si responde Sí, complete la sección 2)  No (Si responde No, pase a la sección 2)

## INFORMACIÓN DE SEGURO Y COBERTURA DE MEDICAMENTOS POR RECETA

2

¿Su plan de seguro o de medicamentos por receta cubre el medicamento de Pfizer que se le recetó? Sí  No

Costo/Copago del medicamento por receta (si lo sabe):

Marque la casilla (solo una) que describa con mayor exactitud el tipo de cobertura de medicamentos por receta que usted tiene:

Medicare  Apartado D de Medicare  Medicaid  Privado/Empleador  Mercado de seguros del estado  Otro

Nombre de la compañía de seguros primaria: N° de teléfono:

Nombre del titular de la póliza: Fecha de nacimiento del titular de la póliza:

N° de Seguro Social del titular de la póliza: ID del Miembro o N° de Póliza: N° de grupo:

Nombre de Tarjeta de Medicamentos por receta: N° de teléfono:

N° de RxBIN: N° de PCN ID del Miembro o N° de Póliza: N° de grupo:

Nombre de la compañía de seguros secundaria: N° de teléfono:

Nombre del titular de la póliza: Fecha de nacimiento del titular de la póliza:

N° de Seguro Social del titular de la póliza: ID del Miembro o N° de Póliza: N° de grupo:

Nombre de Tarjeta de Medicamentos por receta: N° de teléfono:

N° de RxBIN: N° de PCN ID del Miembro o N° de Póliza: N° de grupo:

## SUTENT IN Touch, un programa gratuito de apoyo para pacientes que comienzan tratamiento (Solo para pacientes que reciben Sutent)

3

By Al marcar esta casilla, acepto que la información que doy será usada por Pfizer y aquellos que actúen en su nombre para enviarme los materiales que yo solicité y otra información útil y novedades sobre SUTENT y/o mi enfermedad, así como sobre tratamientos relacionados, productos, ofertas y servicios, incluyendo información sobre el Centro de Atención de SUTENT In Touch. Asimismo, Pfizer podría usar mi información para comunicarse conmigo y con mi proveedor de atención médica en relación a mi tratamiento.

## PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE (Lea y firme abajo):

4

La información que nos proporciona será usada por Pfizer, la fundación Pfizer Patient Assistance Foundation™, y aquellos que actúan en sus nombres para determinar su elegibilidad, administrar y mejorar los programas de asistencia de Pfizer, para comunicarse con usted sobre su experiencia con los programas de asistencia de Pfizer, para ayudarle a entender su cobertura de seguros y para ayudarle a obtener determinados medicamentos de Pfizer a través de su seguro, y/o para enviarle materiales y demás información útil y novedades relacionadas a los programas de Pfizer. Al firmar a continuación, certifico que no puedo costear mi medicación, y declaro que mis respuestas y los documentos de constancia de ingresos son completos, verdaderos y exactos según mi leal saber y entender.

### Comprendo que:

- Completar este formulario de inscripción no es garantía de que yo reúna los requisitos para los programas de asistencia de Pfizer.
- Pfizer puede comunicarse con mi aseguradora, para ayudarme a entender mi cobertura de seguro para determinados productos y podría brindarme apoyo para obtener cobertura a través de mi aseguradora, incluyendo apoyo para las autorizaciones previas y apelaciones (si son necesarias y están disponibles).
- Pfizer podrá verificar la exactitud de la información que he brindado y podrá pedir más información financiera y sobre el seguro.
- Ningún medicamento suministrado por los programas de asistencia de Pfizer será vendido, comercializado, canjeado ni transferido.
- Pfizer se reserva el derecho a modificar o cancelar los programas de asistencia de Pfizer, o a suspender mi inscripción en cualquier momento.
- La asistencia brindada en el marco de este programa no está condicionada a ninguna compra en el futuro.

### Certifico y doy fe de que si recibo medicamento(s) proporcionado(s) por Pfizer a través del Programa Pfizer de Asistencia al Paciente:

- Me comunicaré de inmediato con el Programa Pfizer de Asistencia al Paciente si mi situación económica o mi cobertura de seguros cambian.
- No solicitaré que este medicamento o ningún costo del mismo sea contabilizado como un gasto de mi bolsillo para medicamentos recetados del Apartado D de Medicare.
- No solicitaré el reintegro o la acreditación del (de los) costo(s) del (de los) medicamento(s) al proveedor de seguro de medicamentos por receta o al encargado del pago, incluyendo los planes de la del Apartado D de Medicare.
- Notificaré a mi proveedor de seguro la obtención de cualquier medicamento a través del Programa Pfizer de Asistencia al Paciente.
- El recetador tiene en mi expediente una copia vigente del formulario de autorización de HIPAA completado y firmado por mí para poder facilitarle información médica sobre mi persona a los programas de asistencia de Pfizer, a Pfizer Inc., y a la Pfizer Patient Assistance Foundation Inc.



Firma del paciente X

(Padre/madre o tutor, si el paciente es menor de 18 años)

X

Fecha:

El Programa Pfizer de Asistencia al Paciente es un programa conjunto de Pfizer Inc. y de Pfizer Patient Assistance Foundation™.

La fundación Pfizer Patient Assistance Foundation es una entidad jurídica independiente de Pfizer Inc. con distintas restricciones legales.

P.O. Box 66976, St. Louis, MO 63166-6976

T: 877-744-5675

F: 800-708-3430

PP-PAT-USA-0640

© 2017 Pfizer Inc.

Todos los derechos reservados.

Impreso en Estados Unidos/Junio 2017

FRMRXP101



Grupo B [2 de 6]

Formulario de inscripción para medicamentos del Grupo B: **SECCIÓN PARA EL RECETADOR**



**INFORMACIÓN DEL PEDIDO/MEDICAMENTO RECETADO** (Completar solo para los siguientes productos)

1

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sutent: _____ mg, suministro para 28 días | <input type="checkbox"/> Xalkori: 250 mg, suministro para 30 días  | <input type="checkbox"/> Bosulif: _____ mg, suministro para 30 días |
| <input type="checkbox"/> Sutent: _____ mg, suministro para 42 días | <input type="checkbox"/> Xalkori: 200 mg, suministro para 30 días  | <input type="checkbox"/> Emcyt: 140 mg, suministro para 90 días     |
| <input type="checkbox"/> Aromasin: 25 mg, suministro para 90 días  | <input type="checkbox"/> Inlyta: _____ mg, suministro para 30 días |   |
- 
- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vfend: 50 mg, suministro para 60 días                              | <input type="checkbox"/> Rapamune: 0,5 mg, suministro para 90 días                         | <input type="checkbox"/> Ibrance: 75 mg, suministro para 28 días                                  |
| <input type="checkbox"/> Vfend: 200 mg, suministro para 60 días                             | <input type="checkbox"/> Rapamune: 1 mg, suministro para 90 días                           | <input type="checkbox"/> Ibrance: 100 mg, suministro para 28 días                                 |
| <input type="checkbox"/> Revatio: 20 mg, suministro para 90 días                            | <input type="checkbox"/> Rapamune: 2 mg, suministro para 90 días                           | <input type="checkbox"/> Ibrance: 125 mg, suministro para 28 días                                 |
| <input type="checkbox"/> Revatio Suspensión Oral: 112 mL, 10 mg/mL, suministro para 30 días | <input type="checkbox"/> Rapamune Suspensión Oral: 60 mL, 1 mg/mL, suministro para 90 días | <input type="checkbox"/> Elelyso: Dosis total _____ unidades cada semana, suministro para 28 días |
- 
- Xyntha Factor antihemofílico, Libre de plasma/albúmina     BeneFIX Factor IX de coagulación
- 250 IU     500 IU     1,000 IU     2,000 IU     3,000 IU     Dosis mensual: \_\_\_\_\_ IU \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N° de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección de envío (si es distinta de la anterior): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTO RECETADO** (Para ver la información completa sobre los medicamentos por receta, visite [www.pfizer.com](http://www.pfizer.com))

Indicaciones: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_ Reposición: \_\_\_\_\_ veces

Alergia a medicamentos:  No  Sí (Si responde Sí, indique los medicamentos y las reacciones asociadas a ellos): \_\_\_\_\_

Medicamentos concomitantes del paciente: \_\_\_\_\_

Médico que receta el medicamento (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del Recetador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Marque uno:  Despachar según lo indicado  Puede sustituirse

*Nota especial:* Además de completar esta sección, los médicos recetadores de Nueva York deben presentar la receta en un recetario registrado del Estado de Nueva York. Los médicos recetadores de todos los demás estados solo necesitan presentar la receta en un recetario registrado específico del estado si así se exige en su estado y la solicitud es enviada por correo postal.

**ANTECEDENTES DE TRASPLANTE** (Completar solo para Rapamune)

2

Fecha del trasplante (MM/DD/AA) \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia del Apartado A de Medicare (MM/DD/AA): \_\_\_\_\_

Centro aprobado por Medicare:  Sí  No

**PRODUCTOS ADMINISTRADOS POR EL MÉDICO** (Completar solo para los siguientes productos intravenosos)

3

Marque el producto de Pfizer que corresponda (Para ver la información completa sobre la receta, visite [www.pfizer.com](http://www.pfizer.com))

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Torisel® (temsilolímús) inyectable                | <input type="checkbox"/> Idamycin® (clorhidrato de idarubicina) inyectable |
| <input type="checkbox"/> Camptosar® (clorhidrato de irinotecan) inyectable | <input type="checkbox"/> Zinecard® (dexrazoxano) inyectable                |
| <input type="checkbox"/> Ellence® (clorhidrato de epirubicina) inyectable  |  |

**INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO** (Indicar la cantidad de producto de Pfizer requerida para la asistencia al paciente)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del tratamiento: \_\_\_\_\_

Frecuencia del Tratamiento: \_\_\_\_\_

Tamaño de la ampolla: \_\_\_\_\_ Cantidad de ampollas: \_\_\_\_\_

El Programa Pfizer de Asistencia al Paciente es un programa conjunto de Pfizer Inc. y de Pfizer Patient Assistance Foundation™. La fundación Pfizer Patient Assistance Foundation es una entidad jurídica independiente de Pfizer Inc. con distintas restricciones legales.

P.O. Box 66976, St. Louis, MO 63166-6976

T: 877-744-5675

F: 800-708-3430

PP-PAT-USA-0640

© 2017 Pfizer Inc.

Todos los derechos reservados.

Impreso en Estados Unidos/Junio 2017

FRMRXP101





**Información del Recetador** (Para ser completado por el recetador)

4

Nombre y Título del Recetador: \_\_\_\_\_

N° de NPI: \_\_\_\_\_

N° de Identificación Impositiva: \_\_\_\_\_

N° de Licencia Estatal: \_\_\_\_\_

N° de DEA: \_\_\_\_\_

Nombre del Contacto del consultorio: \_\_\_\_\_

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del Establecimiento: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Enviar a:  Recetador  Paciente

Dirección de correo electrónico del Recetador: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Supervisor y N° de Licencia del Estado (si corresponde): \_\_\_\_\_

Código específico ICD-10: \_\_\_\_\_

5

**PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL RECETADOR** (Lea y firme abajo)

La información que nos proporciona será usada por Pfizer para mejorar y personalizar nuestros productos y servicios a fin de brindarle una mejor atención. La información también será usada por la fundación Pfizer Patient Assistance Foundation™, y aquellos que actúan en sus nombres para determinar su elegibilidad, administrar y mejorar los programas de asistencia de Pfizer, para comunicarse con usted sobre su experiencia con los programas de asistencia de Pfizer y/o para enviarle materiales y demás información útil y novedades relacionadas a los programas de Pfizer.

Al firmar a continuación, yo, el recetador, entiendo y acepto que:

- Certifico que la información proporcionada está actualizada, es completa y exacta según mi leal saber y entender.
- Entiendo que completar este formulario de inscripción no garantiza que mi paciente reciba asistencia.
- Pfizer y/o sus agentes podrían usar dicha información si es necesario para ayudar a su paciente a obtener el reintegro para determinados productos de Pfizer incluyendo servicios como verificación de beneficios, autorizaciones previas y apoyo para apelaciones.
- Cuando corresponda, recibiré y guardaré el medicamento del paciente en mi consultorio hasta que sea entregado a mi paciente.
- Cuando corresponda, cumpliré y respetaré la legislación de mi estado para profesionales autorizados a recetar medicamentos.
- Todos los medicamentos suministrados por Pfizer como resultado de este formulario de inscripción son para uso exclusivo del paciente indicado en este formulario, y no serán vendidos, comercializados, canjeados, transferidos, devueltos para su acreditación ni entregados a terceros (por ejemplo, Medicare, Medicaid u otro proveedor de beneficios) para su reintegro.
- El medicamento será entregado únicamente a este paciente, quien cumple los requisitos y está inscripto en el programa, sin cargo de ningún tipo.
- Pfizer podrá comunicarse directamente con el paciente para confirmar la recepción de los medicamentos.
- La información proporcionada en este formulario de inscripción está sujeta a auditorías al azar y verificación.
- Pfizer podrá modificar o cancelar este programa en cualquier momento; Pfizer también se reserva el derecho a suspender la inscripción de mi paciente en cualquier momento.
- Notificaré inmediatamente a Pfizer si el producto de Pfizer ya no es medicamento necesario para el tratamiento de este paciente o si cambia la situación financiera o la cobertura de seguro de mi paciente.
- Tengo en mis archivos una copia vigente del Formulario de Autorización de HIPAA firmado por mi paciente para que yo pueda facilitar información médica sobre su personal al Programa Pfizer de Asistencia al Paciente y con Pfizer Patient Assistance Foundation Inc. Pfizer y/o sus agentes podrían usar dicha información si es necesario para ayudar a su paciente a obtener el reembolso para determinados productos de Pfizer incluyendo servicios como verificación de beneficios, autorizaciones previas y apoyo para apelaciones.



Firma del Recetador

Fecha:



Formulario de Autorización de HIPAA para la Divulgación de Información sobre el Paciente por parte de Express Scripts, Inc.

PARA PFIZER INC. AND THE PFIZER PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC.  
PROGRAMAS PFIZER DE ASISTENCIA

PRESENTE ESTE FORMULARIO FIRMADO JUNTO CON SU SOLICITUD COMPLETADA

**Al paciente:** Esta Autorización se refiere a información compartida entre usted y Express Scripts, Inc. como el proveedor de farmacia especializada contratado por Pfizer Inc. y otros agentes de Pfizer para los servicios de inscripción y logística de farmacia para los programas de asistencia de Pfizer. El *Programa Pfizer de Asistencia al Paciente* es un programa conjunto de Pfizer Inc. y de Pfizer Patient Assistance Foundation™, Inc.

Además, para determinados medicamentos de Pfizer, Pfizer Inc. le ayudará a entender los beneficios de seguro que necesita para el medicamento de Pfizer y podría ayudarle con las autorizaciones previas o las apelaciones si son requeridas por su aseguradora para ayudarle a tener acceso al medicamento de Pfizer que se le recetó. Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation™ Inc. ofrecen programas de asistencia al paciente (el "Programa") para ayudar a aquellos pacientes que reúnen ciertos requisitos a obtener ciertos medicamentos de Pfizer sin costo alguno. Además, para determinados medicamentos de Pfizer, Pfizer Inc. le ayudará a entender los beneficios de seguro que necesita para el medicamento de Pfizer y podría ayudarle con las autorizaciones previas y las apelaciones si son requeridas por su aseguradora para ayudarle a tener acceso al medicamento de Pfizer que se le recetó. A fin de gestionar su participación en el Programa si usted es aceptado, Pfizer Inc. junto con sus afiliados, agentes, contratistas y representantes que trabajan en nombre de Pfizer para este Programa (denominados colectivamente "Pfizer"), así como los médicos y demás proveedores del tratamiento de salud relevante (denominados colectivamente "Proveedores"), necesitan obtener determinada información sobre su persona por parte de Express Scripts, Inc., la farmacia especializada que administra el Programa (junto con subsidiarias, filiales, contratistas y representantes, denominados colectivamente "Farmacia Especializada"). **Sírvase completar, firmar y fechar esta Autorización y devolver el original con su solicitud. Guarde además una copia para su constancia.**

Solicito y autorizo a la Farmacia Especializada a divulgar a Pfizer, así como a mi Proveedor información sobre mí y sobre mi afección médica ("Información Protegida de Salud"), que es necesaria para gestionar mi participación en el Programa si soy aceptado, para explicar mi retiro si decido dejar de participar en este Programa y para evaluar la satisfacción del paciente y la efectividad general del Programa.

La Información Protegida de Salud que puede ser proporcionada en virtud de esta autorización puede incluir, entre otros datos, información que yo proporcione a la Farmacia Especializada, mi nombre y fecha de nacimiento, mi dirección y número de teléfono, mi número de seguro social, información financiera sobre mí, información sobre mis beneficios de salud o cobertura de seguro médico, información sobre mis medicamentos recetados, e información sobre mi afección médica, según sea necesario. Además, entiendo y doy mi consentimiento para que Pfizer supervise y grabe mis llamadas a la Farmacia especializada relacionadas con mi participación en el Programa, para fines de control de calidad o capacitación. Entiendo, asimismo, que la Farmacia Especializada puede recibir remuneración, ya sea directa o indirectamente, de Pfizer en relación con la administración del Programa.



Entiendo que mi Información Protegida de Salud no será usada ni divulgada por la Farmacia Especializada para ningún propósito diferente a los estipulados aquí, a menos que lo permita o exija la ley, o a menos que mi Información Protegida de Salud esté disociada de toda identificación en conformidad con las normas pertinentes.

Entiendo que es posible que mi Información Protegida de Salud divulgada pueda volver a ser divulgada conforme a la ley y es posible que ya no esté protegido por las normas federales de privacidad. Además, entiendo que, si el destinatario autorizado no es un proveedor, plan de salud ni centro de información obligado a acatar las normas federales de privacidad, es posible que la información divulgada conforme a esta Autorización ya no esté protegida por las normas federales de privacidad. Si mi información es compartida accidentalmente, las leyes federales de privacidad no exigen que la persona/parte que la reciba no la vuelva a divulgar. Es posible que la información divulgada en estas circunstancias y suministrada a terceros ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad.

Entiendo que no tengo obligación de firmar esta Autorización ni de participar en el Programa. Mi decisión de firmarla o no firmarla sólo afectará los servicios de apoyo opcionales que se presten de conformidad con el Programa. Si me niego a firmar esta Autorización, o si revoco mi Autorización más adelante, entiendo que esto significa que no podré recibir los servicios de apoyo opcionales de conformidad con el Programa. También entiendo que al firmar esta Autorización no se garantiza que me aceptarán en el Programa.

Entiendo que puedo cancelar (revocar) esta Autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a la Farmacia Especializada a: Pharmacy at P.O. Box 66976, St. Louis, MO 63166-6976 o llamando al 877-744-5675. Si cancelo esta Autorización, entonces la Farmacia Especializada dejará de proporcionar información sobre mi persona a Pfizer y a mis Proveedores. Sin embargo, no puedo cancelar las medidas que ya hayan sido tomadas de conformidad con esta Autorización.

Esta Autorización caducará un (1) año después de la fecha de su firma, o un (1) año después de la última fecha en que yo reciba medicamentos conforme al Programa, la fecha que ocurra con posterioridad, o según lo dispuesto por la legislación estatal.

**Paciente o Representante personal del paciente** *{Si firma el representante personal, indicar la autoridad para firmar en nombre del paciente (si corresponde)}*

Nombre (en letra de molde) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

El Programa Pfizer de Asistencia al Paciente es un programa conjunto de Pfizer Inc. y de Pfizer Patient Assistance Foundation™. La fundación Pfizer Patient Assistance Foundation es una entidad jurídica independiente de Pfizer Inc. con distintas restricciones legales.





Formulario de Autorización de HIPAA para la Divulgación de Información sobre el Paciente por parte del médico personal

PARA PFIZER INC. AND THE PFIZER PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC.  
PROGRAMAS PFIZER DE ASISTENCIA

NO ENVIAR ESTE FORMULARIO CON SU SOLICITUD - ES SOLAMENTE PARA CONSTANCIA DEL PACIENTE Y DEL RECETADOR

**Al paciente:** Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation, Inc. ofrecen programas de asistencia al paciente (el “Programa”) para ayudar a aquellos pacientes que reúnen los requisitos a obtener ciertos medicamentos de Pfizer sin costo alguno. Para determinar su elegibilidad para el Programa y administrar su participación en el Programa si usted es aceptado, Pfizer, junto con sus compañías afiliadas y aquellas contratadas para la administración del Programa, necesitan que su médico (también referido en este formulario como ‘Doctor’ o ‘Doctora’) les proporcione cierta información sobre usted. **Sírvase completar, firmar y fechar esta Autorización y devolverla a su médico.**

**Al médico:** **Sírvase conservar la Autorización original firmada junto al expediente del paciente y entregar una copia al paciente. Usted no tiene que devolver a Pfizer la Autorización del paciente:**

Yo solicito y autorizo a mi Doctor(a), \_\_\_\_\_, a entregar a Pfizer Inc., incluyendo a sus representantes y contratistas que trabajan en nombre de Pfizer en este Programa, y también a Express Scripts, Inc. (colectivamente, “Pfizer”), mi información protegida de salud, incluyendo, sin limitación, información sobre mi afección médica y mis tratamientos, la cual es necesaria para determinar mi elegibilidad para el Programa y en caso de ser aceptado para continuar participando en el Programa, para administrar el Programa, para explicar mi retiro si decido dejar de participar en este Programa y para evaluar la satisfacción del paciente y la efectividad general del Programa. El tipo de información que puede entregarse según esta autorización podría incluir:

- Mi nombre y fecha de nacimiento
- Mi dirección y número de teléfono
- Mi número de seguro social
- Información financiera sobre mi persona
- Información sobre mis beneficios de salud o mi cobertura de seguro de salud
- Información sobre mi afección médica, de ser necesario.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que su firma es estrictamente voluntaria. Además, entiendo que mi Doctor(a) no puede condicionar mi tratamiento a la firma de esta autorización.

Entiendo que puedo cancelar (revocar) esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a mi Doctor(a) a la siguiente dirección: \_\_\_\_\_. Si cancelo esta autorización, entonces mi Doctor(a) dejará de proporcionarle a Pfizer y a sus representantes información sobre mi persona. Sin embargo, no puedo cancelar las medidas que ya hayan sido tomadas de conformidad con mi autorización.

Entiendo que una vez que mi Doctor(a) entregue a Pfizer información sobre mi persona en virtud de esta autorización, la legislación federal referente a la privacidad puede no impedir que Pfizer vuelva a revelar mi información. Entiendo asimismo que firmar esta autorización no garantiza que sea aceptado en un programa de asistencia al paciente de Pfizer.

Esta autorización caducará un (1) año después de la fecha de su firma, o un (1) año después de la última fecha en que yo reciba medicamentos conforme al Programa, la fecha que ocurra con posterioridad, o según lo dispuesto por la legislación estatal.

**Paciente o Representante personal del paciente** *{Si firma el representante personal, indicar la autoridad para firmar en nombre del paciente (si corresponde)}*

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre *(en letra de molde)* \_\_\_\_\_

***Sírvase devolver el formulario firmado a su Doctor(a). Usted tiene derecho a una copia para su constancia.***