

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE - SECCIÓN 1, PÁGINA 1**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (FDN): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ mes, día, año  Hombre  Mujer

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_ N.º de seguro social: \_\_\_\_\_

Teléfono (domicilio): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ (Otro): \_\_\_\_\_

Si usted estuviera inscrito en el Programa de Acceso Ampliado (Expanded Access Program) o en un programa de un ensayo clínico, por favor proporcione el nombre del centro y su número exclusivo de identificación de paciente \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO - SECCIÓN 2**

Nombre del seguro primario: \_\_\_\_\_ Nombre del seguro secundario: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Suscriptor: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Suscriptor: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

N.º de identificación del suscriptor: \_\_\_\_\_ N.º de identificación del suscriptor: \_\_\_\_\_

N.º de póliza/grupo: \_\_\_\_\_ N.º de póliza/grupo: \_\_\_\_\_

**Autorización del solicitante**

Confirmando que la información aportada en este formulario de inscripción es completa y exacta. Autorizo al programa a obtener y divulgar información obtenida del médico que me receta, compañía de seguro, y cualquier otra información que sea necesaria para poder completar el proceso de inscripción o verificar la exactitud de la información aportada en este formulario de inscripción y para suministrar servicios por medio de este programa. Además autorizo al programa y a sus administradores a usar y divulgar mi información médica personal con relación a esta receta a Medicare, mi plan y sus contratistas con el fin de coordinar beneficios y verificar las declaraciones efectuadas por mi médico y por mí con respecto a mi inscripción en el programa. Comprendo que mi nombre, dirección y cualquier otra información personal que me identifique aportada en este formulario de inscripción sólo quedará a disposición de LASH Group, el administrador de este programa, y que esta información no se revelará a nadie más, salvo cuando sea necesario para administrar el programa o cuando así lo exija la ley. Merck & Co., Inc., (Merck) no actúa como farmacia dispensadora. Merck no es responsable de comprobar ni verificar la información contenida en la Sección 3, que incluye (entre otros datos) las alergias, las enfermedades u otros medicamentos que esté tomando el paciente. Con respecto a este formulario de inscripción, comprendo que sólo la farmacia dispensadora será responsable de la información contenida en la Sección 3 de este formulario de inscripción. Además comprendo que a menos que cambie mi selección antes, mi autorización vencerá a los 15 meses de la fecha firmada abajo.

Firma original del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INSCRIPCIÓN PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA A LOS PACIENTES SUPPORT™****Información de inscripción del paciente**

Ingresos netos familiares anuales actuales (ingresos después de deducir los impuestos): \$ \_\_\_\_\_

Número de miembros de la familia que dependen de los ingresos anteriores (incluido el solicitante): \_\_\_\_\_

**Declaración del solicitante para el Programa de Asistencia a los Pacientes SUPPORT™**

Si solicito participar en el Programa de Asistencia a los Pacientes SUPPORT™, confirmo que la información aportada en este formulario de inscripción es completa y exacta y que sin inscribirme en el programa no podré costearme este medicamento. Además comprendo que el Programa de Asistencia a los paciente SUPPORT™ podría solicitar documentación para verificar la información financiera o de seguro que considere necesaria para prestarme servicios. Comprendo que la asistencia del programa cesará si no coopero con los esfuerzos por verificar la información contenida en este formulario de inscripción; si no cumplo con las actividades necesarias para identificar/verificar fuentes posibles de cobertura alternativa financiera o de seguro; si el programa se entera de algún fraude; o si dejan de recetarme este medicamento. Comprendo que Merck & Co., Inc., se reserva el derecho, en cualquier momento y sin previo aviso, de modificar el formulario de inscripción; de modificar o suspender cualquier o todos los programas, o dar fin a la asistencia. Comprendo que el hecho de llenar este formulario de inscripción no garantiza que yo reúna los requisitos para la asistencia a los pacientes con productos. Además confirmo que si mi medicamento se suministra bajo el Programa de Asistencia a los Pacientes SUPPORT™, no buscaré obtener reembolso ni crédito por esta receta por parte de ninguna compañía de seguros, organización de mantenimiento de la salud o programa del gobierno, y que si soy miembro de un plan Medicare Parte D, no intentaré que esta receta ni ningún costo asociado a la misma se cuente como parte de mis gastos o costos de mi propio bolsillo por medicamentos recetados.

Firma original del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE - PÁGINA 2**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (FDN): \_\_\_\_\_  
mes, día, año

**INFORMACIÓN DE LA RECETA - SECCIÓN 3**

**ÉSTA ES LA RECETA. EL MÉDICO DEBE LLENAR ABAJO LA INFORMACIÓN SOBRE LA RECETA Y EL PRODUCTO. POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA. (NO ENVÍE UNA RECETA APARTE DE ESTA SOLICITUD.)**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
M M D D A A A A

Nombre del producto \_\_\_\_\_ Concentración \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Instrucciones \_\_\_\_\_ Repetición \_\_\_\_ (1, 2 ó 3) veces

Nombre del producto \_\_\_\_\_ Concentración \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Instrucciones \_\_\_\_\_ Repetición \_\_\_\_ (1, 2 ó 3) veces

Número de licencia del estado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Enviar producto a:  Consultorio del médico  Domicilio del paciente

ALERGIAS:  Ninguna  Por favor especificar \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO(S) ACTUAL(ES) QUE TOMA EL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO**

**(Debe tener la firma original del médico que receta, no sellos)**

Certifico que esta receta está indicada desde el punto de vista médico para el paciente identificado en la Sección 1 anterior y que supervisaré los tratamientos del paciente. Confirmando que la información proporcionada es completa y exacta a mi leal saber y entender.

Firma original del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del médico (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Número de la DEA: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

N.º de Licencia: \_\_\_\_\_ UPIN: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Contacto del consultorio del médico: \_\_\_\_\_