

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN: SOLICITUD DEL PACIENTE

Por favor, complete el formulario donde corresponda y devuélvalo por correo o fax.



Teléfono 1-888-327-7787 o Fax 1-888-773-0121 PO Box 220574, Charlotte, NC 28222-0574

Por favor, marque el producto de Pfizer correspondiente:

<input type="checkbox"/> Zyvox® ( <i>linezolid</i> )	<input type="checkbox"/> Xyntha® Factor Antihemofílico ( <i>recombinant</i> ), Libre de Plasma/Albúmina
<input type="checkbox"/> Rapamune® ( <i>sirolimus</i> )	<input type="checkbox"/> BeneFIX® Factor IX de coagulación ( <i>recombinant</i> )
<input type="checkbox"/> Revatio® ( <i>sildenafil citrate</i> )	<input type="checkbox"/> Vfend® ( <i>voriconazole</i> )
	<input type="checkbox"/> Tygacil® ( <i>tigecycline</i> )* * Servicios de reembolso únicamente

Nombre del Paciente:		Sexo:	Masculino	Femenino
Dirección del paciente:		Correo Electrónico:		
Ciudad:		Estado:	Código Postal:	
Teléfono (durante el día): (____) _____ - _____		(durante la tarde): (____) _____ - _____		
Fecha de Nacimiento (FN): ____/____/____		Residente de EE.UU./Puerto Rico/II. VV. EE.UU.: Sí No		

**INFORMACIÓN DEL SEGURO (Incluya todas las pólizas de seguro)**  
 ¿Usted está asegurado?  Sí  No (En caso afirmativo, complete la siguiente información o adjunte fotocopia de la tarjeta del seguro)

Nombre de la aseguradora principal:		Teléfono #: (____) _____ - _____		
Nombre del asegurado:		Fecha de nacimiento del asegurado: ____/____/____		
N° de Seguro Social del asegurado: _____-____-_____		N° de póliza:	N° de grupo:	
Nombre de la tarjeta de recetas:		Teléfono #: (____) _____ - _____		
N° de póliza:	Fecha de entrada en vigencia:		N° del grupo:	
Nombre de la aseguradora secundaria:		Teléfono #: (____) _____ - _____		
Nombre del asegurado:		Fecha de nacimiento del asegurado: ____/____/____		
N° de Seguro Social del asegurado: _____-____-_____		N° de póliza:	N° de grupo:	
Nombre de la tarjeta de recetas:		Teléfono #: (____) _____ - _____		
N° de póliza:	Fecha de entrada en vigencia:		N° del grupo:	

**INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE**  
 Cantidad total de personas dentro del hogar (incluyendo al solicitante): \_\_\_\_\_  
 Total de ingresos anuales para todo el hogar: \$ \_\_\_\_\_ (El ingreso anual del hogar actual incluye salario anual actual, el seguro social, beneficios del seguro de desempleo y de compensación de trabajadores)  
 Por favor, envíe la documentación que respalde la información financiera  
 Se adjunta:  Declaración de impuestos federales más reciente (formulario 1040)  Formulario W-2  Otro  
 Debemos recibir las constancias de ingresos para determinar la elegibilidad para obtener ayuda.  
 Si usted está obligado a presentar una declaración de impuestos federales, por favor provea una copia firmada. El comprobante de ingresos puede incluir documentos como: copia de la declaración de impuestos federales más reciente, formulario(s) W-2, formulario 1099, carta o cheque de concesión de ayuda económica de la seguridad social o, copia de los tres últimos talones de pago.

**Declaración del Paciente – Al firmar abajo, declaro que, a mi entender, mis respuestas y mis documentos de constancia de ingresos se encuentran completos, veraces y exactos.**

- Yo entiendo que:**
- Completar este formulario no garantiza que yo reúna los requisitos para el programa RSVP.
  - Pfizer podrá verificar la exactitud de la información que he proporcionado y puede pedir más información financiera y de seguros.
  - Ningún medicamento suministrado a través del el programa RSVP será vendido, comercializado, intercambiado o transferido.
  - Pfizer se reserva el derecho de cambiar o cancelar el programa RSVP en cualquier momento.
  - El apoyo prestado en este programa no está supeditado a ninguna compra futura.
- Certifico y doy fe que si recibo el (los) medicamento(s) proporcionado(s) por Pfizer a través del programa RSVP:**
- Me pondré en contacto de inmediato con el programa RSVP si mi situación financiera o la cobertura de seguro llegase a cambiar.
  - No intentaré obtener reembolso del (los) medicamento(s) o cualquier otro costo asociado a él (ellos) por cuenta de los gastos directos para medicamentos por receta del Apartado D de Medicare.
  - No voy a solicitar el reembolso o crédito por cualquier costo asociado con el(los) medicamento(s) de mi proveedor de seguro para medicamentos por receta o del pagador, incluidos los planes de la parte D de Medicare.
  - Yo avisaré a mi proveedor de seguros de la recepción de cualquier medicamento(s) a través del programa RSVP.

Pfizer y Pfizer Patient Assistance Foundation (PPAF) entienden que su información personal y de salud es privada. La información que nos proporcione sólo será utilizada por Pfizer, PPAF y las partes que actúen en su nombre para enviarle los materiales de su solicitud y otra información útil y actualizada sobre el programa RSVP.

Al marcar esta casilla, también acepto que Pfizer y PPAF y las empresas que actúen en su nombre puedan enviarme materiales sobre otras afecciones médicas, usar mi información para desarrollar o mejorar productos y servicios, o ponerse en contacto conmigo en el futuro para conocer mi experiencia con el programa RSVP u otros temas relacionados con la salud.

Firma del paciente (Padre, madre o tutor, si es menor de 18 años)	X	Fecha:
--	---	--------

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN: SOLICITUD DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Por favor, lea toda la información y escriba claramente.



<b>INFORMACIÓN DEL RECETADOR (a completar por el proveedor)</b>		
Nombre y Título del Recetador:		N.º de NPI:
N.º del Pagador Específico:	N.º de Identificación Impositiva:	
N.º de Licencia Estatal:	N.º de la DEA:	
Nombre del Contacto:		
Nombre del Establecimiento:		
Dirección del Establecimiento:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono: (____) _____ - _____	Fax: (____) _____ - _____	
Dirección de Correo Electrónico del Recetador:		Especialidad del Recetador:
Indique el diagnóstico y código de CIE-9 específico:		
<p><b>CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO RECETADOR</b>                  Certifico que la información proporcionada se encuentra, a mi entender, al día, completa y veraz.. Voy a notificar a RSVP inmediatamente si el producto de Pfizer ya no es médicamente necesario para el tratamiento de este paciente. Yo certifico que el producto de Pfizer es médicamente necesario para este paciente y que supervisaré los tratamientos del paciente. Certifico que he obtenido de mi paciente todas las autorizaciones por escrito requeridas para la divulgación de la información de identificación personal y de seguros de mi paciente a Pfizer y a sus agentes y representantes. Entiendo que cualquier información proporcionada es para uso exclusivo de Pfizer y sus agentes y representantes para verificar la cobertura del seguro de mi paciente, para evaluar, si fuese pertinente, la elegibilidad de mi paciente para participar en el programa de asistencia al paciente y para administrar de otras formas el programa RSVP y los servicios afines. Entiendo que la solicitud al programa de asistencia al paciente no garantiza la obtención de la asistencia. Entiendo que si la situación financiera y/o de estado de seguro de mi paciente cambia, éste ya no podrá ser elegible para el programa de asistencia al paciente, y estoy de acuerdo en notificar inmediatamente a un representante RSVP si me doy cuenta de los cambios en el estado del seguro del paciente. Estoy de acuerdo en que el programa RSVP puede ponerse en contacto conmigo para obtener información adicional relacionada con esta solicitud, ya sea por fax o por cualquier otra forma de comunicación, incluyendo pero no limitándose al correo electrónico y al teléfono. Entiendo que no tengo obligación de recetar productos de Pfizer y que no he recibido ni recibiré ningún beneficio de Pfizer o de sus agentes o representantes por recetar un producto de Pfizer. Estoy de acuerdo en que no voy a presentar reclamaciones por productos proporcionados a través del programa de asistencia al paciente</p> <p>Pfizer y Pfizer Patient Assistance Foundation (PPAF) entienden que su información es privada. Cualquier información que usted proporcione será utilizada solamente por Pfizer, PPAF y las partes que actúen en su nombre para administrar el programa RSVP y para cumplir con los requisitos legales pertinentes.</p> <input type="checkbox"/> Al marcar esta casilla, también estoy de acuerdo en que Pfizer y PPAF y las empresas que actúen en su nombre puedan ponerse en contacto conmigo para conocer mi experiencia con el programa RSVP para ayudar a mejorar los servicios.		
Firma del Recetador:	X	Fecha:
<p><b>RECETA (Este formulario de receta no es necesario para Zyvox. Para obtener información completa para la receta, visite <a href="http://www.pfizer.com">www.pfizer.com</a>)</b></p>		
Nombre:	Apellido:	
Fecha de Nacimiento: ____/____/____	Teléfono #: (____) _____ - _____	
Instrucciones:	Recarga: _____ veces	
Alergia a Medicamentos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, por favor especifique:		
<input type="checkbox"/> Vfend: Suministro de 50 mg por 60 días <input type="checkbox"/> Rapamune: Suministro de 0.5 mg por 90 días <input type="checkbox"/> Vfend: Suministro de 200 mg por 60 <input type="checkbox"/> Rapamune: Suministro de 1 mg por 90 días <input type="checkbox"/> Revatio: Suministro de 20 mg por 90 días <input type="checkbox"/> Rapamune: Suministro de 2 mg por 90 días <input type="checkbox"/> Rapamune Oral Solution: 1 mg		
<input type="checkbox"/> Xyntha® Factor Antihemofílico, Libre de Plasma/Albúmina <input type="checkbox"/> BeneFIX Factor de Coagulación IX <input type="checkbox"/> 250 IU <input type="checkbox"/> 500 IU <input type="checkbox"/> 1,000 IU <input type="checkbox"/> 2,000 IU Dosis mensual: _____ IU		
Médico Recetador:		
Firma del Recetador:	X	Fecha: ____/____/____
<p><b>HISTORIAL DE TRANSPLANTES (Únicamente para Rapamune, Historial de Transplantes Completo)</b></p>		
Tipo de Transplante:	Fecha de Transplante:	
Establecimiento Donde se Realizó:	Establecimiento Aprobado por Medicare: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Por favor envíe por fax el formulario de receta completo a RSVP al (888) 773-0121. Gracias. La receta es válida por un año.		

Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation, Inc.  
Programas de Asistencia al Paciente  
Formulario de Autorización de HIPAA para la divulgación  
de información sobre el paciente

**Al paciente**

La autorización adjunta es para usted y para su médico. Si firma esta autorización, usted está permitiendo que su médico le entregue a Pfizer información médica sobre su persona para ayudar a que usted obtenga sus medicamentos de Pfizer. Un ejemplo del tipo de información que necesitamos obtener de su médico sería la receta para el medicamento que usted necesita. Esta autorización es únicamente entre usted y su médico. Sírvase firmar y entregar a su médico la autorización original firmada y conservar una copia como constancia. Este formulario no debe ser devuelto con su solicitud.

**Al médico:**

La autorización adjunta, si está firmada por su paciente, documenta el permiso del paciente para que usted facilite a Pfizer cierta información médica y personal concerniente a los programas de asistencia al paciente de Pfizer. Esta autorización es estrictamente para su constancia y no debe ser devuelta con la solicitud de su paciente.

**Información para el paciente y el médico:**

Pfizer Helpful Answers® es un programa conjunto de Pfizer, Inc. y de Pfizer Patient Assistance Foundation™, Inc.

**Formulario de Autorización de HIPAA para la divulgación de información sobre el paciente PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA AL PACIENTE de PFIZER INC. y de PFIZER PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC.**

Al paciente: Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation, Inc. ofrecen programas de asistencia al paciente (el “Programa”) para ayudar a aquellos pacientes que reúnan los requisitos a obtener ciertos medicamentos de Pfizer sin costo alguno. Para determinar su elegibilidad para el programa y para administrar su participación en el programa si usted es aceptado(a), Pfizer, en conjunto con sus compañías afiliadas y los contratistas que administran el programa, necesitan obtener del médico cierta información sobre su persona. 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 médico, \_\_\_\_\_ (“Médico”), a entregar a Pfizer Inc., incluyendo a los representantes y contratistas que trabajan en nombre de Pfizer en este programa, la información sobre mi persona y mi afección médica que sea necesaria para determinar mi elegibilidad para el programa y en caso de ser aceptado(a) 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, según sea necesario.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito al médico a \_\_\_\_\_.

Si cancelo esta autorización, entonces el médico dejará de entregar a Pfizer, y a sus representantes, información sobre mi persona. No obstante, yo no puedo cancelar acciones que ya se hubieran tomado en virtud de mi autorización.

Entiendo que una vez que el médico 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(a) en un programa de asistencia al paciente de Pfizer.

Esta autorización expirará un (1) año después de la fecha de su firma, o un (1) año después de la última fecha en que yo reciba medicamentos bajo el programa, cualquiera sea la fecha que ocurra con mayor posterioridad.

Paciente o representante personal del paciente *{Autoridad para firmar en nombre del paciente (si corresponde)}*

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

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

*Sírvase devolver el formulario firmado al médico. Usted tiene derecho a una copia para su constancia.*