

1. APOYO SOLICITADO POR EL PACIENTE

MARQUE TODOS LOS RECUADROS QUE CORRESPONDAN

<input type="checkbox"/> Investigación de beneficios y clasificación farmacéutica	<input type="checkbox"/> Inscripción en el Cayston Access Program (CAP) (Investigación de beneficios/clasificación farmacéutica no incluidos)	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia al Paciente (PAP)
---	---	---

2. PREFERENCIA DE FARMACIA

<input type="checkbox"/> Accredo	<input type="checkbox"/> Foundation Care, una solución de AcariaHealth	<input type="checkbox"/> Kroger Specialty Pharmacy
<input type="checkbox"/> AllianceRx Walgreens Prime	<input type="checkbox"/> IV Solutions, una compañía de Maxor	<input type="checkbox"/> Pharmaceutical Specialties LLC, una compañía de Maxor

3. INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre:		Apellido:		Inicial del 2.º nombre:	
Dirección: <i>(Nota: se requerirá una dirección física para enviar los medicamentos)</i>			Núm. de dpto./habitación:		Ciudad:
Estado:	Código postal:	Fecha de nacimiento: / /		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Contacto principal:			Relación:		
Núm. de teléfono fijo:		Núm. de teléfono laboral:		Núm. de teléfono celular:	
Núm. de teléfono de preferencia: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		Idioma de preferencia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro:			
Correo electrónico:					Núm. de teléfono de contacto:

4. INFORMACIÓN DEL SEGURO (SI ADJUNTA COPIAS, NO ES NECESARIO QUE COMPLETE LA INFORMACIÓN DEL SEGURO A CONTINUACIÓN)

<input type="checkbox"/> Marque este recuadro si adjunta una copia (frente y reverso) de la(s) tarjeta(s) de seguro del paciente.			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Un programa subvencionado por el gobierno como Medicare, Medicaid o un plan de la Parte D de Medicare, TRICARE, VA o DoD pagan de manera total o parcial las recetas médicas del paciente?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Usted cuenta con una tarjeta de medicamentos recetados?		Nombre de la aseguradora de medicamentos recetados:	
Núm. de teléfono:		Nombre del titular de la tarjeta:	
Núm. de identificación:	Núm. de grupo:	Núm. de BIN:	Núm. de PCN:
Seguro principal:			Núm. de teléfono:
Nombre del titular de la tarjeta:		Núm. de identificación:	Núm. de grupo:
Seguro secundario:			Núm. de teléfono:
Nombre del titular de la tarjeta:		Núm. de identificación:	Núm. de grupo:

5. INFORMACIÓN SOBRE EL PROFESIONAL QUE PRESCRIBE

Nombre del profesional que prescribe:		Apellido del profesional que prescribe:	
Nombre del centro:		Nombre de contacto del consultorio:	
Dirección:		Ciudad:	Estado:
Código postal:		Núm. de teléfono del consultorio: Int.: /	
Núm. de fax del consultorio:		Correo electrónico:	
Núm. de ID fiscal:	Núm. de NPI:	Núm. de ID de Medicaid:	Núm. de licencia del estado:

6. DIAGNÓSTICO E INFORMACIÓN CLÍNICA (ESTO ES SOLO POR TEMAS DEL SEGURO, NO PARA SUGERIR INDICACIONES O USOS APROBADOS)

<input type="checkbox"/> Fibrosis quística (E84.9)	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística con manifestaciones pulmonares (E84.0)	<input type="checkbox"/> <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (B96.5)	<input type="checkbox"/> Otro (Incluir código ICD-10):
Porcentaje predicho de VEF ₁ : <input type="checkbox"/> <25% <input type="checkbox"/> ≥25% - <75% <input type="checkbox"/> >75%		Otros medicamentos:	

7. INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN Y DECLARACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA

SISTEMA NEBULIZADOR ALTERA® (Incluye 1 controlador, 1 dispositivo Altera adicional, 1 cable de conexión del nebulizador, 1 fuente de CA, 4 baterías AA)			Dispensar: <input type="checkbox"/> 1 Sistema nebulizador Altera
¿Es la primera vez que el paciente realiza tratamiento con CAYSTON (aztreonam para solución inhalatoria)?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tipo de receta: <input type="checkbox"/> CAYSTON 75 mg por vial, kit de 28 días (Nota: el dispositivo Altera se incluirá en cada envío)	
Cantidad: <input type="checkbox"/> 84 viales	Reposiciones:	De acuerdo a la receta: <input type="checkbox"/> Inhalar 75 mg (1 vial) mediante el nebulizador Altera tres veces al día durante 28 días de terapia seguidos de 28 días sin terapia <input type="checkbox"/> Otro:	
Instrucciones especiales: <i>(Nota especial: los profesionales que prescriben en Nueva York deben: enviar la receta en un recetario original del estado de Nueva York. En todos los demás estados: si no se envía la receta por fax, se debe usar un recetario específico del estado, según corresponda).</i>			Alergias a medicamentos: <input type="checkbox"/> No se conocen alergias a medicamentos

Al firmar abajo, certifico que (1) estoy recetando un medicamento de Gilead para el paciente identificado en la Sección 3. Certifico que esta receta es médicamente necesaria para el paciente y que se utilizará según se indicó. Certifico que supervisaré el tratamiento del paciente y verificaré que la información proporcionada sea completa y exacta a mi saber y entender; (2) he recibido el permiso correspondiente del paciente y he cumplido con todos los demás requisitos aplicables en virtud de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 y la ley estatal pertinente para divulgar la información anterior a Gilead y a los contratistas designados por Gilead a los fines de verificar la cobertura de seguro del paciente para CAYSTON® y el Sistema nebulizador ALTERA®; solicitar autorización previa para CAYSTON y el Sistema nebulizador ALTERA, si fuera necesario y en nombre de mi paciente; proporcionar información sobre apelaciones de denegaciones de reclamos; coordinar la entrega de CAYSTON y del Sistema nebulizador ALTERA en el lugar de preferencia de mi paciente; y obtener para mi y mi paciente material adicional educativo y de apoyo relacionado con CAYSTON y el Sistema nebulizador ALTERA; (3) acepto que no solicitaré el reembolso de ningún medicamento Gilead que se dispense al paciente mediante el Programa de Asistencia al Paciente (PAP) a partir de algún programa del gobierno o de una aseguradora externa; (4) autorizo al paciente en cuestión a enviar la receta mencionada anteriormente a la farmacia elegida. Entiendo que debo cumplir con los requisitos de recetas específicos de mi estado, como la receta electrónica, el formulario de recetas específico del estado, el idioma del fax, etc.; (5) además de ponerme en contacto con el paciente para proporcionarle material educativo sobre el medicamento recetado o evaluar la eficacia del CAYSTON Access Program y/o del PAP; y (6) para cumplir con objetivos comerciales internos de Gilead.

X FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESCRIBE (OBLIGATORIA): (NO COLOCAR SELLOS. DISPENSAR SEGÚN SE INDICA.)	FECHA (OBLIGATORIA):
---	----------------------

Esto ayudará a evitar demoras en la farmacia

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

8. AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE (LEER Y FIRMAR): OBLIGATORIO

Tal como se describe más adelante, por el presente autorizo a mis proveedores y a mis planes de salud a compartir mi información médica y personal, tal como se explica a continuación, con Gilead Sciences, Inc., el fabricante de CAYSTON® (aztreonam para solución inhalatoria, 75 mg) (“CAYSTON”) y sus contratistas para propósitos limitados y de conformidad con esta autorización.

Personas autorizadas a divulgar mi información: mis proveedores de atención médica, incluida cualquier farmacia que surta mi receta para CAYSTON y otros medicamentos o dispositivos, y cualquier programa o plan de salud de Gilead que me proporcionen beneficios de atención médica.

Información que se divulgará: información personal sobre mí (por ejemplo, mi nombre, dirección postal e información de seguro) y mi información médica (como información sobre el estado de mi fibrosis quística) (en conjunto, toda esta información se denomina “información de salud” en esta autorización). Comprendo que mis proveedores farmacéuticos pueden recibir remuneración por divulgar mi información médica y personal en virtud de esta autorización.

Personas a las que es posible que se les divulgue mi información de salud: Gilead, que incluye al administrador externo responsable de la administración del Cayston Access Program® y del PAP (denominados en conjunto “Gilead” en esta autorización).

Uso de la información y fines para los que se divulgará dicha información: 1) establecer mi elegibilidad para recibir beneficios de mi plan de salud o de otros programas; 2) proporcionar asistencia económica, reembolso de acceso y apoyo para derivación, y comunicarme con mis proveedores de atención médica, lo que incluye, entre otras cosas, facilitarme el suministro de CAYSTON y del Sistema nebulizador Altera® en ciertas situaciones limitadas; 3) comunicarse conmigo para evaluar la terapia y la eficacia del programa, y para realizar una investigación de mercado; 4) cumplir los objetivos comerciales internos de Gilead, lo que incluye el control de calidad y encuestas para mejorar el apoyo; 5) garantizar la precisión y la totalidad de mi solicitud de asistencia; y 6) enviarme información publicitaria, ofertas y material educativo relacionados con la fibrosis quística y/o CAYSTON, incluido el programa publicitario de relación con el cliente (en virtud de mi consentimiento, más adelante).

Entiendo que, una vez que mi información de salud haya sido divulgada a Gilead, es posible que las leyes de privacidad ya no restrinjan su uso o divulgación; sin embargo, Gilead tiene previsto proteger mi información de salud al usarla y divulgarla para los propósitos que se describen anteriormente y según lo requerido por la ley. Entiendo asimismo que puedo negarme a firmar esta autorización y que, si me niego, mi elegibilidad para recibir beneficios del plan de salud y tratamiento por parte de mis proveedores de atención médica no cambiará, pero no tendré acceso al apoyo disponible a través de este programa. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una notificación escrita a Gilead por fax al 1-877-550-1705 o a la dirección del Cayston Access Program que se indica más adelante. Si la cancelo, Gilead dejará de utilizar esta autorización para acceder a mi información de salud luego de la fecha de cancelación, pero la cancelación no afectará ninguna información de salud que ya haya sido divulgada en virtud de esta autorización antes de dicha fecha de cancelación. Autorizo al Cayston Access Program a dejar un mensaje que incluya el nombre de la receta si no estoy disponible. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada, que vence al cumplirse 10 (diez) años de la fecha en que lo firmé o en el plazo exigido por las leyes del estado donde resido (el plazo más breve de los dos).

- Acepto recibir mensajes de texto por parte de Gilead o en su nombre a los números de teléfono que proporcioné. Entiendo que mi consentimiento no se exigirá como condición necesaria para la compra de algún bien o la recepción del apoyo de Gilead. Se pueden aplicar cargos de mensajería y datos. (OPCIONAL)
- Acepto recibir información publicitaria, ofertas y material educativo relacionados con la fibrosis quística y/o CAYSTON, incluido el programa publicitario de relación con el cliente. Entiendo que mi consentimiento no se exigirá como condición necesaria para la compra de algún bien o la recepción del apoyo de Gilead. (OPCIONAL)

NOMBRE DEL PACIENTE (OBLIGATORIO):	FECHA DE NACIMIENTO:
Correo electrónico del paciente:	Núm. de teléfono celular:
Nombre del profesional que prescribe:	Núm. de teléfono del profesional que prescribe:
X FIRMA (OBLIGATORIA): <i>(Firma del paciente o del representante autorizado del paciente)</i>	FECHA (OBLIGATORIA):

Nombre del representante autorizado del paciente *(si firma en nombre del paciente):*

Relación del representante autorizado del paciente con dicho paciente:

ENVIAR POR FAX EL FORMULARIO COMPLETO A CAYSTON ACCESS PROGRAM AL NÚM. 1-877-550-1705

Esto ayudará a evitar demoras en la farmacia

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

9. INFORMACIÓN ECONÓMICA DEL PACIENTE

(SOLO ES OBLIGATORIA SI SE SOLICITA UN ANÁLISIS DE ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE CAYSTON ["PAP DE CAYSTON"] [aztreonam para solución inhalatoria]).

Ingresos actuales del núcleo familiar: \$	Núm. de teléfono celular:
---	---------------------------

Cantidad de miembros del núcleo familiar que dependen de los ingresos mencionados: 1 2 3 4 5 6 Otro:

Incluya la documentación actual para todas las fuentes de ingresos (por ejemplo, la declaración de impuestos más reciente, el formulario W-2, los últimos 2 comprobantes de pago, el formulario 1099, la carta de concesión de Seguridad de Ingreso Suplementario [SSI], etc.).

Si los ingresos del núcleo familiar de un paciente son iguales a \$0, indique cómo se sostiene el paciente:

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Usted es residente en EE. UU.? Sí No

Número de seguridad social:

¿El paciente ha solicitado los servicios de Medicaid? Sí No

Si la respuesta es Sí, indique la fecha de solicitud:

¿El paciente es elegible para recibir los servicios de Medicaid? Sí No

Si la respuesta es No, indique el motivo:

¿El paciente es elegible para recibir los beneficios destinados a veteranos? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿el paciente ha intentado obtener el medicamento mediante la VA? Sí No

¿El paciente ha presentado una solicitud para recibir un plan de seguros ofrecido mediante un mercado de seguros estatal (también conocido como "intercambio")? Sí No

Si la respuesta es Sí, indique la fecha de solicitud:

¿El paciente es elegible para recibir un plan de seguros ofrecido mediante un mercado de seguros estatal (también conocido como "intercambio")? Sí No

Si la respuesta es No, indique el motivo:

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL SOLICITANTE (ESTO SOLO ES OBLIGATORIO SI SE SOLICITA UN ANÁLISIS DE ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE CAYSTON ["PAP DE CAYSTON"])

Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud, incluidos los ingresos del núcleo familiar, es completa y precisa. Entiendo que la asistencia del programa cancelará el PAP DE CAYSTON si el programa detecta cualquier fraude o si ya no se me receta el medicamento. Entiendo que completar esta solicitud no garantiza que cumpla los requisitos para recibir asistencia al paciente. Si recibo un producto gratuito mediante el PAP, certifico que no solicitaré un reembolso o crédito para esta receta a ninguna aseguradora, plan de salud o programa del gobierno. Si soy miembro de un plan de la Parte D de Medicare, no intentaré hacer pasar esta receta ni cualquier otro costo asociado como parte de mis gastos de bolsillo para los medicamentos recetados. Entiendo que el PAP DE CAYSTON se reserva el derecho de modificar el formulario de solicitud, modificar o interrumpir este programa, o cancelar la asistencia en cualquier momento sin previo aviso. Autorizo al PAP DE CAYSTON y a su administrador a reenviar esta receta a la farmacia distribuidora en mi nombre.

Autorizo a Gilead y a su administrador externo a usar la información proporcionada en este formulario para obtener un informe de crédito personal sobre mí a fin de verificar la información de este formulario y determinar mi elegibilidad para el PAP.

Firma del paciente/representante autorizado del paciente (Solo es obligatoria si se solicita un análisis de elegibilidad para el Programa de Asistencia al Paciente [PAP]).

X FIRMA:	FECHA:
Nombre del representante autorizado del paciente (si firma en nombre del paciente):	
Relación del representante autorizado del paciente con dicho paciente:	

ENVIAR POR FAX EL FORMULARIO COMPLETO A CAYSTON ACCESS PROGRAM AL NÚM. 1-877-550-1705

Cayston Access Program, 6931 Arlington Road, Suite 308, Bethesda, Maryland 20814
(de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. EST)

