

# Programa de asistencia al paciente Pfizer RxPathways™:

## Formulario de inscripción para medicamentos del Grupo B

Pfizer RxPathways es el programa de asistencia de Pfizer para medicamentos que requieren receta médica que proporciona a pacientes que cumplan los requisitos acceso a sus medicinas Pfizer.

Este formulario de inscripción es para pacientes que deseen presentar una solicitud para recibir gratuitamente los medicamentos del grupo B enumerados más adelante, o para recibir ayuda para entender y usar sus beneficios del seguro.

### ¿Cumplo con los requisitos para recibir medicamentos gratuitos a través de Pfizer RxPathways?

Le sugerimos que llene este formulario de inscripción si las 3 afirmaciones en esta lista de verificación le corresponden:

Me han recetado una medicina Pfizer del **Grupo B**, incluidas:

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Aromasin®</b> (exemestane, tabletas)                   | <input type="checkbox"/> <b>Ellece®</b> (epirubicin hydrochloride, inyección)             | <input type="checkbox"/> <b>Inlyta®</b> (axitinib) tabletas       | <input type="checkbox"/> <b>Tygacil®</b> (tigecycline) inyectable                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>BeneFIX®</b> (factor de coagulación IX [recombinante]) | <input type="checkbox"/> <b>Emcyt®</b> (estramustine phosphate sodium cápsulas)           | <input type="checkbox"/> <b>Neumega®</b> (oprelvekin)             | <input type="checkbox"/> <b>Vfend®</b> (voriconazole)  |
| <input type="checkbox"/> <b>Bosulif®</b> (bosutinib)                               | <input type="checkbox"/> <b>Ibrance®</b> (palbociclib)                                    | <input type="checkbox"/> <b>Rapamune®</b> (sirolimus)             | <input type="checkbox"/> <b>Xalkori®</b> (crizotinib)  |
| <input type="checkbox"/> <b>Camptosar®</b> (irinotecan HCl, inyección)             | <input type="checkbox"/> <b>Idamycin PFS®</b> (idarubicin hydrochloride, inyectable, USP) | <input type="checkbox"/> <b>Revatio®</b> (sildenafil), tabletas   | <input type="checkbox"/> <b>Xyntha®</b> (factor antihemofílico [recombinante] plasma/sin albúmina) |
|  |   | <input type="checkbox"/> <b>Sutent®</b> (sunitinib malate)        | <input type="checkbox"/> <b>Zinecard®</b> (dexrazoxane, inyectable)                                |
|  |   | <input type="checkbox"/> <b>Torisel®</b> (temsirolimus) inyección |  |

Para obtener una lista de todos los otros medicamentos disponibles a través de Pfizer RxPathways, por favor visite [www.PfizerRxPath.com](http://www.PfizerRxPath.com).

Vivo en los Estados Unidos, en Puerto Rico o en las Islas Vírgenes de los EE.UU.

No tengo cobertura para medicamentos que requieran receta médica, o no tengo suficiente cobertura para pagar mi(s) medicina(s) Pfizer

**Nota:** se debe cumplir con ciertos límites de ingresos, que varían dependiendo de la medicina y de cuántas personas vivan en el hogar. Los requisitos de elegibilidad respecto a ingresos se evaluarán luego de recibir su solicitud diligenciada.

### ¿Cómo puedo presentar la solicitud?

Si necesita ayuda inmediata con los medicamentos del grupo B, por favor llame al 877-744-5675 (lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este).

Por favor consulte la lista de verificación más adelante para obtener instrucciones, paso a paso, sobre cómo presentar una solicitud a Pfizer RxPathways.

Recuerde:



Llene y firme la sección del (de la) paciente de este formulario de inscripción.



Pídale al (a la) médico(a) que le haya recetado la medicina que llene y firme la sección del (de la) médico(a) que recete la medicina y que llene la sección de recetas y (o) pedidos de este formulario de inscripción.

Reúna los siguientes documentos obligatorios:

Formulario de inscripción debidamente diligenciado y firmado (páginas 2-5)

\*Nota: guarde el formulario de HIPAA en la página 6 para sus archivos.

Una fotocopia de uno de los siguientes documentos que indique la suma total de sus ingresos anuales:

- La declaración de impuestos federales sobre la renta del año anterior (formulario 1040 o 1040EZ)
- Dos talones de sueldo recientes
- Declaraciones de salarios e impuestos (formularios W-2)
- Seguridad social, pensión o extractos de jubilación de empleados ferroviarios (SSA-1099 o formularios similares)
- Declaraciones de intereses, dividendos u otros ingresos (1099-INT, 1099, 1099-DIV, o formularios similares)

Haga una fotocopia de su formulario de inscripción y de sus documentos de ingresos, ya que normalmente no se les devolverán

Pídale al (a la) médico(a) que le recetó la medicina que envíe su solicitud a Pfizer RxPathways por fax o por correo postal:

Pfizer RxPathways  
P.O. Box 66976  
St. Louis, MO 63166-6976  
Fax: 800-708-3430

Pfizer se reserva el derecho de modificar o cancelar el programa Pfizer RxPathways en cualquier momento.



**INFORMACIÓN DEL (DE LA) PACIENTE**

1

Nombre del (de la) paciente: \_\_\_\_\_ Sexo:  masculino  femenino

Dirección del (de la) paciente: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

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

Número total de personas que viven en la casa (incluido[a] el [la] solicitante): \_\_\_\_\_ Suma total de los ingresos anuales para toda la casa: \_\_\_\_\_

Por favor presente documentación que sustente la información financiera que ha enumerado. Se adjuntan:

La declaración de impuestos federales sobre la renta más reciente  El formulario W-2  Otro(s): \_\_\_\_\_

¿Tiene cobertura de seguro o de medicamentos que requieran receta médica?  Sí (en caso afirmativo, sírvase llenar la sección 2)  No (en caso negativo, sátese la sección 2)

2

**INFORMACIÓN SOBRE COBERTURA Y SEGURO DE MEDICAMENTOS QUE REQUIERAN RECETA MÉDICA**

¿La medicina Pfizer que le recetaron está cubierta por su plan de recetas médicas o del seguro?  Sí  No

Por favor marque la casilla que mejor describa el tipo de cobertura que usted tiene:

Medicare  Medicare, Parte D  Medicaid  Privado/Empleador  Mercado de Seguros Médicos de mi estado  Otro(s): \_\_\_\_\_

Nombre de la aseguradora principal: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del (de la) titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del (de la) titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Número de la SS del (de la) titular de la póliza: \_\_\_\_\_ No. de póliza: \_\_\_\_\_ No. de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de la tarjeta de recetas: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: \_\_\_\_\_

No. de RxBin: \_\_\_\_\_ No. de PCN: \_\_\_\_\_ No. de póliza: \_\_\_\_\_ No. de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de la aseguradora secundaria: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del (de la) titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del (de la) titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Número de la SS del (de la) titular de la póliza: \_\_\_\_\_ No. de póliza: \_\_\_\_\_ No. de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de la tarjeta de recetas: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: \_\_\_\_\_

No. de RxBin: \_\_\_\_\_ No. de PCN: \_\_\_\_\_ No. de póliza: \_\_\_\_\_ No. de grupo: \_\_\_\_\_

3

**SUTENT IN Touch, un programa gratuito de asistencia para pacientes que comiencen tratamiento (sólo para pacientes de Sutent)**

Al marcar esta casilla, doy mi autorización para que la información que suministre sea utilizada por Pfizer y por las partes que las representen para enviarme los materiales que solicite y otra información útil y actualizaciones sobre SUTENT y (o) sobre mi afección, así como sobre tratamientos, productos, ofertas y servicios afines, incluida información sobre el Centro de llamadas de SUTENT IN Touch. También es posible que Pfizer utilice mi información para comunicarse conmigo y con mi proveedor de atención médica en relación con mi tratamiento.

4

**CONFIDENCIALIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL (DE LA) PACIENTE (lea y firme más adelante)**

La información que suministre será utilizada por Pfizer, por Pfizer Patient Assistance Foundation™ y por las partes que las representen con el fin de determinar si cumple con los requisitos, para administrar y mejorar el programa, los productos y los servicios de Pfizer RxPathways, para comunicarnos con usted acerca de su experiencia con el programa Pfizer RxPathways y (o) para enviarle materiales y otra información útil y actualizaciones relacionados con los programas de Pfizer. Mediante mi firma al pie del presente, declaro formalmente que mis respuestas y mis documentos de prueba de ingresos están completos y son veraces y exactos, según mi leal saber y entender.

**Entiendo que:**

- La diligenciación de este formulario de inscripción no garantiza que cumpla con los requisitos para recibir Pfizer RxPathways.
- Pfizer puede verificar la exactitud de la información que he suministrado y puede solicitar mayor información financiera y sobre el seguro.
- Cualquier medicina que sea suministrada por el programa Pfizer RxPathways no podrá ser vendida, comercializada, canjeada ni transferida.
- Pfizer se reserva el derecho de modificar o cancelar el programa Pfizer RxPathways o de cancelar mi inscripción, en cualquier momento.
- La ayuda brindada por este programa no dependerá de ninguna compra futura.

**Certifico y doy fe de que si recibo medicina(s) suministrada(s) por Pfizer a través del programa Pfizer RxPathways:**

- Me comunicaré lo antes posible con Pfizer RxPathways en caso de que cambie mi situación económica o la cobertura del seguro.
- No intentaré que este medicamento ni cualquier costo derivado del mismo se cuente entre mis gastos pagados en efectivo de Medicare, Parte D para medicinas que requieren receta médica.
- No solicitaré reembolso ni crédito por la(s) medicina(s) de mi proveedor ni pagador de seguro para medicamentos que requieren receta médica, incluidos los planes de Medicare, Parte D para ningún costo por medicamentos.
- Notificaré a mi proveedor de seguro acerca del recibo de cualquier medicina a través de Pfizer RxPathways.
- Tengo una copia firmada de un formulario de autorización de HIPAA actualizado, diligenciado y registrado con mi médico(a) a fin de que mi médico(a) pueda compartir mi información médica con el programa Pfizer RxPathways, con Pfizer Inc. y con Pfizer Patient Assistance Foundation Inc.



Firma del (de la) paciente  
(Padre, madre o tutor[a] legal, si es menor de 18 años de edad)

X

Fecha:



1

INFORMACIÓN SOBRE LA RECETA Y (O) EL PEDIDO (diligencie solamente para los siguientes productos)

- Sutent: mg, suministro para 28 días
Sutent: mg, suministro para 42 días
Aromasin: 25 mg, suministro para 90 días
Xalkori: 250 mg, suministro para 30 días
Xalkori: 200 mg, suministro para 30 días
Inlyta: mg BID, suministro para 30 días
Bosulif: mg, suministro para 30 días
Emcyt: mg, suministro para 90 días
Vfend: 50 mg, suministro para 60 días
Vfend: 200 mg, suministro para 60 días
Revatio: 20 mg, suministro para 90 días
ElELYso: Dosis total unidades cada semanas, suministro para 28 días
Rapamune: .5 mg, suministro para 90 días
Rapamune: 1 mg, suministro para 90 días
Rapamune: 2 mg, suministro para 90 días
Rapamune Oral Solution: 1 mg, suministro para 90 días
Ibrance: 75 mg, suministro para 28 días
Ibrance: 100 mg, suministro para 28 días
Ibrance: 125 mg, suministro para 28 días
Factor antihemofílico Xyntha, Plasma/sin albúmina
BenefIX, Factor de coagulación IX
250 IU 500 IU 1,000 IU 2,000 IU 3,000 IU Dosis mensual: IU

INFORMACIÓN DEL (DE LA) PACIENTE

Nombre: Apellido:
Fecha de nacimiento: No. de teléfono:
Dirección del (de la) paciente: Ciudad: Estado: Código postal:
Dirección de envío (si es diferente de la anterior): Ciudad: Estado: Código postal:

RECETA (para obtener información completa sobre recetas, visite www.pfizer.com)

Instrucciones: Cantidad: Reabastecimiento: veces
Alergia a medicamentos: Sí No En caso afirmativo, por favor especifique:
Medicamentos simultáneos del (de la) paciente:
Médico(a) que receta (por favor escriba en letras de molde):

Firma del (de la) médico(a) que receta: X Fecha:
Escoja una respuesta y trace un círculo: Despache tal cual está escrito Se pueden hacer sustituciones

Nota especial: además de llenar esta sección, los médicos que receten en Nueva York deberán presentar una receta en un formulario original en blanco del Estado de Nueva York. Los médicos que receten en los demás estados sólo tienen que presentar un formulario en blanco específico para el estado, si así lo exige su estado, y la solicitud se envía por correo postal.

2

PRODUCTOS ADMINISTRADOS POR MÉDICOS (llene sólo para los siguientes productos intravenosos)

Por favor señale el producto apropiado de Pfizer (para obtener información completa sobre recetas, visite www.pfizer.com)

- Torisel (temsirolimus) inyección
Camptosar (irinotecan hydrochloride) inyección
Ellence (epirubicin hydrochloride) inyección
Idamycin (idarubicin hydrochloride) inyección
Neumega (oprelvekin) inyección
Zinecard (dexrazoxane) inyección

INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO (indique la cantidad de producto Pfizer solicitado como asistencia al (a la) paciente)

Nombre del (de la) paciente:
Fecha de inicio del tratamiento: Dosis:
Régimen de dosificación:
Tamaño de la ampolla / No. de ampollas:



**Información sobre el (la) médico(a)** *(debe ser diligenciado por el [la] médico[a] que receta)*

3

Nombre y título del (de la) médico(a): \_\_\_\_\_

No. del NPI: \_\_\_\_\_ No. de identificación fiscal: \_\_\_\_\_

No. de licencia estatal: \_\_\_\_\_ No. de la DEA: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto en el consultorio: \_\_\_\_\_

Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Dirección del centro: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Enviar a:  Médico(a) que receta  Paciente

Dirección de correo electrónico del (de la) médico(a) que receta: \_\_\_\_\_

Nombre del (de la) supervisor(a) médico(a) y número de licencia estatal (si corresponde): \_\_\_\_\_

Por favor suministre diagnóstico y código específico ICD-9: \_\_\_\_\_

**CONFIDENCIALIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL (DE LA) MÉDICO(A) QUE RECETA** *(lea y firme abajo)*

4

La información que usted suministre será utilizada por Pfizer para mejorar y adaptar nuestros servicios y productos con el fin de prestarle mejores servicios. La información también será utilizada por Pfizer Patient Assistance Foundation™ y por las partes que la representen con el fin de administrar y mejorar los programas, productos y servicios de *Pfizer RxPathways*, para comunicarnos con usted acerca de su experiencia con *Pfizer RxPathways* y (o) para enviarle materiales y otra información útil y actualizaciones relacionadas con *Pfizer RxPathways*.

**Mediante su firma al pie del presente, usted, el (la) Médico(a) que receta, entiende y acepta lo que a continuación se indica:**

- Certifico que la información proporcionada está al día y es completa y exacta según mi leal saber y entender.
- Entiendo que el diligenciamiento de este formulario de inscripción no garantiza que se prestará asistencia a mi paciente.
- Recibiré y mantendré a buen recaudo en mi consultorio el medicamento de mi paciente hasta que le sea entregado a mi paciente, cuando corresponda.
- Cumpliré y acataré las Leyes médicas de distribución de mi Estado para médicos autorizados para recetar, cuando corresponda.
- Cualquier medicamento suministrado por Pfizer a consecuencia de este formulario de inscripción será solamente para el uso del (de la) paciente designado(a) en este formulario y no podrá venderse, comercializarse, canjearse, transferirse, devolverse para obtener crédito ni enviarse a terceros (tales como Medicare, Medicaid ni a ningún otro proveedor de beneficios) con el objeto de recibir reembolso.
- La medicina se suministrará únicamente al (a la) paciente que cumpla con los requisitos y que esté inscrito(a) en el programa, sin costo de ningún tipo.
- Es posible que Pfizer se comunique directamente con el (la) paciente con el fin de confirmar el recibo de los medicamentos.
- La información proporcionada en este formulario de inscripción está sujeta a verificación y auditorías ocasionales.
- Pfizer puede modificar o cancelar este programa en cualquier momento; Pfizer también se reserva el derecho a cancelar la inscripción de mi paciente en cualquier momento.
- Notificaré inmediatamente a *Pfizer RxPathways* si el producto Pfizer ya no es médicamente necesario para el tratamiento de este(a) paciente o en caso de que cambie la situación económica o el seguro de mi paciente.
- Tengo en los archivos una copia firmada, actualizada y diligenciada del formulario de autorización de HIPAA de mi paciente con el objeto de que yo pueda compartir información médica del (de la) paciente con el programa *Pfizer RxPathways*, con Pfizer Inc. y con Pfizer Patient Assistance Foundation Inc.

 Firma del (de la) médico(a) que receta \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Formulario de autorización de HIPAA para la divulgación de información del (de la) paciente por parte de Express Scripts, Inc.  
**PARA PFIZER INC Y THE PFIZER PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC.**  
**PROGRAMAS DE ASISTENCIA AL PACIENTE PFIZER RXPATHWAYS**

**POR FAVOR, ENVÍE ESTE FORMULARIO FIRMADO CON SU SOLICITUD DILIGENCIADA DE PFIZER RXPATHWAYS**

**Al (a la) paciente:** esta Autorización guarda relación con la información compartida entre usted y Express Scripts, Inc. en calidad de proveedor farmacéutico especializado contratado por Pfizer Inc para brindar servicios de inscripción y prestación de servicios farmacéuticos a los programas de asistencia al paciente Pfizer RxPathways. Pfizer RxPathways es un programa conjunto de Pfizer Inc. y de Pfizer Patient Assistance Foundation™, Inc.

Pfizer Inc y Pfizer Patient Assistance Foundation, Inc. ofrecen programas de asistencia al paciente, conocidos con el nombre de Pfizer RxPathways (el "Programa") para ayudar a que los pacientes, que cumplan con ciertos requisitos, obtengan sin costo alguno ciertas medicinas Pfizer. Para administrar su participación en el Programa en caso de que le(a) acepten, Pfizer Inc, junto con sus afiliadas, agentes, contratistas y representantes que trabajan en nombre de Pfizer para este programa, así como sus médicos y otros proveedores de tratamientos de salud pertinentes, necesitan obtener cierta información sobre usted de la farmacia especializada que administra el programa, Express Scripts, Inc. **Por favor diligencie esta Autorización, firmela y féchela, y devuelva el original con su solicitud. Por favor conserve también una copia para sus archivos.**

Solicito y autorizo que la farmacia especializada que administra el Programa, Express Scripts, Inc. ("Farmacia especializada") divulgue a Pfizer Inc, incluidos agentes, afiliadas, contratistas y representantes que trabajan en nombre de Pfizer para este Programa (en conjunto, "Pfizer"), así como a mis médicos y otros proveedores de tratamientos de salud pertinentes (en conjunto, "Proveedores"), información sobre mí y mi afección médica ("Historial de salud confidencial"), que es necesaria para administrar mi participación en el Programa si me aceptan, para dar cuenta de mi retiro si decido suspender mi participación en este Programa y para evaluar la satisfacción del (de la) paciente y la eficacia general del Programa.

El Historial de salud confidencial que se puede facilitar de conformidad con esta autorización puede incluir, entre otros datos que proporciono a mi Farmacia especializada, mi nombre y fecha de nacimiento, mi dirección y número de teléfono, mi número de la Seguridad social, información financiera acerca de mí, información sobre mis beneficios de salud o cobertura de seguro médico, información sobre mis recetas e información sobre mi afección médica, según fueren necesarios. 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 mi Farmacia especializada puede recibir remuneración, ya sea directa e (o) indirectamente, de Pfizer en relación con la administración del Programa.

Entiendo que mi Historial de salud confidencial no será utilizado ni divulgado por mi Farmacia especializada para ningún propósito diferente a los estipulados aquí, a menos que lo permita o exija la ley, o a menos que mi Historial de salud confidencial sea anónimo de conformidad con las normas que correspondan.

Entiendo que es posible que el Historial de salud confidencial pueda volver a ser divulgado conforme a la ley y es posible que ya no esté protegido por las normas federales de confidencialidad. 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 confidencialidad, es posible que la información divulgada conforme a esta autorización ya no esté protegida por las normas federales de confidencialidad. Si accidentalmente se comparte mi información, las leyes federales de confidencialidad no exigen que la persona y (o) parte que la reciba no divulgue adicionalmente la información. Es posible que la información divulgada en estas circunstancias y suministrada a terceros ya no esté protegida por las leyes federales de confidencialidad.

Entiendo que no estoy obligado(a) a firmar esta Autorización ni a participar en el Programa. Mi decisión sobre si debo 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.

Sé que puedo cancelar (revocar) esta Autorización en cualquier momento mediante el envío de una carta a mi Farmacia especializada, ubicada en [dirección], o mediante una llamada telefónica al [número de teléfono]. Si cancelo esta Autorización, entonces mi Farmacia especializada dejará de proporcionar información acerca de mí, tanto a Pfizer como a mis Proveedores. Sin embargo, no puedo cancelar las medidas que ya hayan sido tomadas de conformidad con mi autorización.

Esta autorización caducará un (1) año después de la fecha en que se firme a continuación, o un (1) año después de la última fecha en que reciba medicinas de conformidad con el Programa, cualquiera que sea la fecha que ocurra más tarde, o de acuerdo con las disposiciones de la ley estatal.

**Paciente o representante personal del (de la) paciente** {si es el [la] representante personal, indique el poder para firmar en nombre del (de la) paciente (si corresponde)}

**Nombre (por favor use letras de molde)** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**PARA PFIZER INC Y THE PFIZER PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC.  
PROGRAMAS DE ASISTENCIA AL PACIENTE PFIZER RXPATHWAYS™**

NO ENVÍE ESTE FORMULARIO CON SU SOLICITUD; ES SÓLO PARA LOS ARCHIVOS DEL (DE LA) PACIENTE Y DEL (DE LA) MEDICO(A) QUE RECETA

**Al (a la) paciente:** Pfizer Inc y Pfizer Patient Assistance Foundation, Inc. ofrecen programas de asistencia al paciente (el "Programa") para ayudar a que los pacientes, que cumplan con los requisitos, obtengan, sin costo alguno, ciertas medicinas Pfizer. Para poder determinar si usted cumple con los requisitos del Programa y para administrar su participación en el Programa, en caso de que le(a) acepten, Pfizer, junto con sus empresas afiliadas y contratistas que administran el Programa, necesitan obtener cierta información sobre usted de su médico(a) (a quien también se referirá en este formulario como su "Doctor[a]"). **Por favor, diligencie esta Autorización, fírmela, féchela y devuélvala a su doctor(a).**

**Al (a la) médico(a): por favor conserve la Autorización original firmada en el archivo del (de la) paciente y suministre una copia al (a la) paciente. No tiene que devolver esta Autorización del (de la) paciente a Pfizer.**

Solicito y autorizo a mi Doctor(a), \_\_\_\_\_, a entregar a Pfizer Inc, incluidos los representantes y contratistas que trabajan en nombre de Pfizer en este Programa, e incluida Express Scripts, Inc. (conjuntamente, "Pfizer"), mi Historial de salud confidencial, incluidos, entre otros, datos sobre mi afección médica y tratamientos, que sean necesarios para determinar si cumpro con los requisitos del Programa y para mi participación continua en el Programa, en caso de que me acepten, para administrar el Programa, para dar cuenta de mi retiro, si decido suspender mi participación en este Programa, y para evaluar la satisfacción del (de la) paciente y la eficacia general del Programa. El tipo de información que puede suministrarse de conformidad con esta autorización puede incluir:

- Mi nombre y fecha de nacimiento
- Mi dirección y número de teléfono
- Mi número de la Seguridad social
- Información financiera acerca de mí
- Información sobre mis beneficios de salud o cobertura de seguro médico
- Información sobre mi afección médica, si fuere necesaria

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria. Además entiendo que es posible que mi Doctor(a) no supedite el suministro de mi tratamiento con la condición de que yo firme esta autorización.

Sé que puedo cancelar (revocar) esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una carta a mi Doctor(a) a la siguiente dirección: \_\_\_\_\_

Si cancelo esta autorización, entonces mi Doctor(a) suspenderá el suministro de información sobre mí a Pfizer y a sus representantes. 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) suministre información sobre mí a Pfizer con base en esta autorización, es posible que las leyes federales de confidencialidad no impidan que Pfizer continúe divulgando mi información. También entiendo que al firmar esta autorización no se garantiza que me aceptarán en un programa de asistencia al paciente de Pfizer.

Esta autorización caducará un (1) año después de la fecha en que se firme a continuación, o un (1) año después de la última fecha en que reciba medicinas de conformidad con el Programa, cualquiera que sea la fecha que ocurra más tarde, o según lo exija la ley estatal.

**Paciente o representante personal del (de la) paciente** {si es el [la] representante personal, indique el poder para firmar en nombre del (de la) paciente (si corresponde)}

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre (por favor use letras de molde) \_\_\_\_\_

**Por favor devuelva el formulario firmado a su Doctor(a). Usted tiene derecho a recibir una copia para sus archivos.**