



Asistencia oncológica

Formulario de inscripción del paciente

TELÉFONO: 1-844-876-3358 | Fax: 1-833-851-4344 | Lunes a viernes, de 9 a. m. a 7 p. m. ET

CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE: La confidencialidad del paciente es de suma importancia para nosotros. Toda la información del paciente se mantendrá confidencial. Es posible que se les brinde información a los médicos, los trabajadores sociales o el representante del paciente cuando sea necesario para completar el proceso de inscripción y coordinar la asistencia al paciente, así como a las agencias de calificación crediticia a fin de determinar la elegibilidad para el programa con su consentimiento en este Formulario de inscripción.



Después de enviar este formulario, es posible que un representante del paciente del programa de Asistencia Oncológica de Gilead se comunice con usted para guiarlo en los siguientes pasos del proceso y responder a sus preguntas.

**BORRAR
FORMULARIO****1 AYUDA AL PACIENTE SOLICITADA**Marque todas las casillas que correspondan

- Ofertas de ayuda a los pacientes (incluye: Investigación de beneficios, información sobre autorización previa y recursos, y comprobación de la elegibilidad para el Programa de Asistencia al Paciente [PAP], si corresponde)
- Selección de elegibilidad para el programa de copagos de oncología de Gilead

2 MEDICAMENTO DE GILEAD RECETADONombre del producto: **TRODELVY® (sacituzumab govitecan-hziy) 180 mg inyectable****3 INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre:	Apellido:	Inicial 2º nombre:	Nombre de preferencia:
Dirección:	N.º de apart./unidad:	Ciudad:	
Estado:	Código postal:	Teléfono: () -	Idioma de preferencia:
Correo electrónico:	Fecha de nacimiento: / /	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Seguro Social (últimos 4 dígitos):
Nombre del contacto alternativo:	N.º de teléfono de contacto alternativo: () -	Relación con el paciente:	

AUTORIZACIÓN DE CONTACTO

Autorizo al programa de Asistencia Oncológica de Gilead a brindarme información sobre mis beneficios y otras comunicaciones que contengan referencias al programa de Asistencia Oncológica de Gilead o la farmacia del PAP a través de los siguientes canales (seleccione todas las opciones que correspondan):

- Llamada telefónica
- Correo postal en EE. UU.

Autorizo al programa de Asistencia Oncológica de Gilead a dejar un mensaje detallado, incluido el nombre de mi medicamento recetado, si no estoy disponible cuando llamen.

- Sí
- No

NOTA:

▶ Entiendo que si no selecciono una preferencia de contacto, el programa de Asistencia Oncológica de Gilead me proporcionará las comunicaciones del programa por teléfono o a través de mi proveedor de atención médica.

4 INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

Incluya una copia del frente y el dorso de su(s) tarjeta(s) del seguro.

- El paciente no está asegurado (es decir, no cuenta con ningún seguro médico a través de ninguna empresa pública o privada): CONSULTE LA SECCIÓN 5 OPCIONAL "INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE"
- El paciente tiene seguro (rellene toda la información del seguro correspondiente que figura a continuación y adjunte una copia de todas las tarjetas del seguro [frente y dorso], incluidas la tarjeta de salud y la receta).

SEGURO PRINCIPAL

Seguro principal:	Nombre del plan:	N.º de teléfono del seguro: () -
Nombre del miembro:	¿Es un plan de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del titular de la póliza:	Relación del titular de la póliza con el paciente:	
Id. del miembro:	Póliza/grupo:	Identificación bancaria (BIN) de receta:
Control del procesador (PCN) de receta:		

SEGURO SECUNDARIO (Marque esta casilla si el paciente tiene una cobertura de seguro secundaria e incluya una copia de las tarjetas del seguro [frente y dorso], si están disponibles)

Seguro secundario:	Nombre del plan:	N.º de teléfono del seguro: () -
Nombre del miembro:	¿Es un plan de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del titular de la póliza:	Relación del titular de la póliza con el paciente:	
Id. del miembro:	Póliza/grupo:	Identificación bancaria (BIN) de receta:
Control del procesador (PCN) de receta:		

Marque esta casilla si el paciente tiene una cobertura de seguro terciaria (p. ej., complementaria) e incluya una copia de las tarjetas del seguro [frente y dorso], si están disponibles.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

5 INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE >>> OBLIGATORIO SOLO SI SE SOLICITA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE (PAP)

Ingreso familiar anual actual: \$ _____ (Es posible que se exija documentación de todas las fuentes de ingresos)

Número de personas en el hogar mantenidas con el ingreso anual actual: 1 2 3 4 5 Otros: _____

CONSENTIMIENTO Y DECLARACIONES DEL SOLICITANTE >>> OBLIGATORIO SOLO SI SE SOLICITA EL PAP

Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud, incluidos los ingresos familiares, es completa y exacta, y que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con la Autorización del Paciente para divulgar mi información Médica Protegida como se indica en este formulario (Sección 6), incluidos, entre otros, los hechos hablados o escritos sobre mi salud y los beneficios de pago que pueda tener. Entiendo que la Información Médica Protegida puede incluir copias de registros de mis proveedores de atención médica o planes de salud sobre mi salud o atención médica. Entiendo, acepto y cumpliré todos los requisitos y restricciones descritos en los requisitos de elegibilidad que figuran en la Sección 6 de este formulario.

Entiendo que mi medicamento recetado se enviará directamente a la dirección del consultorio del médico que prescribe que figura en este formulario (Sección 7). Autorizo al médico que prescribe mencionado en el presente formulario, como mi representante, a recibir el medicamento recetado en mi nombre. El médico que prescribe, como mi representante, recibirá el medicamento recetado y luego me lo entregará.

Entiendo que la ayuda del programa finalizará si el programa de Asistencia Oncológica de Gilead descubre información falsa o incorrecta, o si ya no me recetan este medicamento. Entiendo que solo puedo usar el producto gratuito recibido a través del Programa de Asistencia al Paciente (PAP) para mi uso y consumo personal, y que no ofreceré el producto para venta, reventa, trueque o intercambio.

Entiendo que completar esta solicitud no garantiza que califique para recibir la asistencia al paciente. Si recibo un producto gratuito a través del PAP, certifico que no pediré reembolsos ni créditos por este medicamento a ninguna compañía aseguradora, plan de salud ni programa gubernamental. Si soy miembro de un plan de Medicare Parte D, no solicitaré este medicamento ni ningún costo por los productos vinculados con este cuenta como parte de mis gastos de bolsillo para medicamentos recetados. Comprendo que el PAP se reserva el derecho de modificar el formulario de solicitud, cambiar o suspender este programa, o poner fin a la ayuda que brinda en cualquier momento y sin notificación alguna.

Autorizo al PAP y a su administrador a enviar mi receta a una farmacia dispensadora en mi nombre. El programa de Asistencia Oncológica de Gilead puede exigirme que presente un documento de identificación y documentación de mis ingresos a fin de verificar mi elegibilidad para el PAP (por ejemplo, tarjeta de identificación, declaración de impuestos, formulario W-2, los últimos dos recibos de sueldo, etc.). Puedo negarme a firmar esta autorización sin que esto afecte mi atención o tratamiento por parte de mi médico. Sin embargo, si me niego a firmar este formulario, reconozco que no seré elegible para recibir productos gratuitos a través del PAP de Gilead. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito al programa de Asistencia Oncológica de Gilead a 680 Century Point Lake Mary, FL 32746 o llamando al 1-844-876-3358. Esta cancelación no afectará a ningún uso ni divulgación de mi información que se haya hecho antes de recibir la notificación de cancelación. Autorizo a Gilead y a su administrador externo a usar la información proporcionada en este formulario, con el objeto de obtener un informe crediticio personal sobre mí para verificar los datos incluidos en el presente formulario y para determinar mi elegibilidad para el PAP.

X FIRMA DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE AUTORIZADO EN VIRTUD DE LA LEGISLACIÓN FEDERAL O ESTATAL (OBLIGATORIA):		FECHA: _____ / _____ / _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE (SI FIRMA POR EL PACIENTE):	RELACIÓN DEL PACIENTE CON SU REPRESENTANTE:	N.º DE TELÉFONO: _____ () _____ - _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

6 AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y PERSONAL

Entiendo que Gilead Sciences, Inc., y sus representantes, contratistas y otros socios ("Gilead") necesitarán obtener, revisar, usar y divulgar mi información personal y médica antes de que pueda recibir ayuda a través del programa de Asistencia Oncológica de Gilead (el "Programa") y el Programa de Asistencia al Paciente ("PAP"). Puedo encontrar información adicional sobre cómo Gilead puede utilizar mi información en <https://www.gilead.com/privacy-statements>.

Información que se divulgará: Mi información personal relacionada con mi inscripción o participación en el Programa, que puede incluir información de identificación personal e Información médica protegida ("IMP"), tal y como se define en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA"), modificada por la Ley de Tecnología de la Información Médica para la Salud Económica y Clínica ("HITECH") (en conjunto, "Información personal" o "IP"):

- Información general sobre mí, incluidos mi nombre, fecha de nacimiento e información de contacto
- Información sobre mi estado de salud, incluida la información sobre mi estado oncológico o el tratamiento con este medicamento con receta y el estado de salud relacionado
- Información sobre mis beneficios de salud o la cobertura de mi seguro médico
- Información financiera (en caso necesario), como mis ingresos
- Toda la información proporcionada en este formulario de inscripción y la que he facilitado de cualquier otra forma al Programa o PAP

Personas autorizadas a divulgar y usar mi información: Autorizo a las siguientes partes a revelar mi Información personal a Gilead y sus socios:

- Mis proveedores de atención médica, incluidas las farmacias que me dispensan medicamentos bajo receta. Entiendo que mis proveedores farmacéuticos pueden recibir una remuneración por divulgar mi Información personal en virtud de esta autorización
- Cualquier plan de salud, incluida mi compañía de seguros médicos, o programas que me brinden beneficios de salud

También autorizo a Gilead y a sus socios a volver a divulgar mi Información personal a las siguientes partes:

- Mis proveedores de atención médica, incluida la farmacia que me dispensa medicamentos bajo receta
- Mis planes de salud, incluida mi compañía de seguros médicos
- Mi representante autorizado en virtud de la legislación federal o estatal (si corresponde)

Fines por los que es posible que se use o divulgue mi información: Mi Información personal puede utilizarse y divulgarse para los siguientes fines:

- Completar el proceso de inscripción y verificar la información facilitada en mi formulario de inscripción, incluida la confirmación de mi identidad y del uso o posible uso del medicamento recetado por mi proveedor de atención médica
- Determinar si cumplo los requisitos para recibir beneficios por parte de mi plan de salud u otros programas
- Proporcionar ayuda económica y de reembolsos, si soy elegible, y brindar otro tipo de ayuda que aplique, incluso información sobre recursos de terceros que puedan ayudarme
- Comunicarme con mis proveedores de atención médica y coordinar mi receta y entrega de medicamentos a través de una farmacia o consultorio de un proveedor de atención médica
- Comunicarse conmigo para evaluar la eficacia del Programa o del PAP
- Fines comerciales internos de Gilead y de auditoría y cumplimiento
- Confirmar mi recepción del medicamento de Gilead recetado a través del PAP en función de mis preferencias de comunicación indicadas arriba
- Desidentificar la información que proporciono, lo que significa eliminar elementos como mi nombre y dirección para que deje de ser razonablemente identificable
- Cumplir con los requisitos legales de Gilead

Continúe en la página siguiente >>>

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

6

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y PERSONAL
(CONTINUACIÓN)

Otros puntos importantes:

- Entiendo que puedo optar por no firmar esta autorización. Si me niego, no cambiará mi derecho a los beneficios del plan de salud ni mi capacidad para recibir tratamiento de mis proveedores de atención médica, pero no tendré acceso a la ayuda ofrecida por el Programa y/o el PAP.
- Una vez que firme esta Autorización del Paciente y mi Información personal se transmita a Gilead y sus socios, entiendo que las leyes de privacidad estatales y federales ya no pueden proteger o prohibir la nueva divulgación de la IP revelada a Gilead y sus socios por mi proveedor de atención médica u otros.
- Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización firmada y que la autorización vence en el plazo de dos (2) años a partir de la fecha en que la firmé, o antes, si así lo exige la legislación del estado en el que resido.
- Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento notificándolo a Gilead al 1-844-876-3358. En el caso de que cancele esta autorización, Gilead dejará de usarla para obtener, usar o divulgar mi Información personal después de la fecha de cancelación, pero esta no afectará los usos ni las divulgaciones de la IP que se hayan realizado en virtud de esta autorización antes de la fecha de cancelación.

 FIRMA DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE AUTORIZADO EN VIRTUD DE LA LEGISLACIÓN FEDERAL O ESTATAL (OBLIGATORIA):		FECHA:
		_____ / _____ / _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE (SI FIRMA POR EL PACIENTE):	RELACIÓN DEL PACIENTE CON SU REPRESENTANTE:	N.º DE TELÉFONO:
_____	_____	() - _____

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

7 INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Nombre del médico que prescribe:		Nombre del centro:			
Contacto del consultorio:	Teléfono: () -	Ext:	Fax: () -	Correo electrónico:	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Días en los que su consultorio no puede aceptar la entrega de productos:			N.º de licencia del estado:		
Contacto alternativo del consultorio:	N.º de teléfono alternativo: () -	Ext:	Correo electrónico alternativo:		
Identificación fiscal:	N.º acceso prov. transacciones (PTAN):	Id. de proveedor nacional (NPI):		NPI del grupo:	
Id. del proveedor de Medicaid:		Expiración: / /	Otra identificación del proveedor (si corresponde):		

DIRECCIÓN DEL CENTRO AL QUE DEBE ENVIARSE EL PRODUCTO

▶▶▶ OBLIGATORIO SOLO SI SE SOLICITA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE (PAP)

Nombre del centro:		Contacto del consultorio:		Código del lugar de prestación del servicio:	
Dirección 1:		Teléfono: () -	Ext:	Fax: () -	
Dirección 2:		Atención (Unidad o departamento):			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Días en los que su consultorio no puede aceptar la entrega de productos:		
Contacto alternativo del consultorio:	N.º de teléfono alternativo: () -	Ext:	Correo electrónico alternativo:		

8 DIAGNÓSTICO/INFORMACIÓN MÉDICA

Debe completarlo un proveedor de atención médica.

Diagnóstico (incluya el código o los códigos de ICD):

9 INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS RECETADOS

Complete el siguiente formulario del medicamento recetado que se enviará a la farmacia dispensadora del PAP una vez que se apruebe a su paciente.



▶▶▶ OBLIGATORIO SOLO SI SE SOLICITA EL PAP

Nombre del prescriptor:		Apellido del prescriptor:		N.º de teléfono del prescriptor: () -	
Nombre del paciente:		Apellido del paciente:		Fecha de nacimiento: / /	Peso del paciente (kg):
Medicamento: TRODELVY® (sacituzumab govitecan-hziy) inyectable para uso intravenoso, polvo liofilizado en viales de un solo uso que contienen 180 mg por vial					
Dosis y modo de empleo: ___ mg (10 mg/kg) una vez por semana mediante perfusión intravenosa los días 1 y 8 de ciclos de tratamiento continuos de 21 días					
Ciclos/reaprovisionamiento de tratamiento:			Cantidad (número de viales) que se dispensarán:		



FIRMA DEL PRESCRIPTOR (OBLIGATORIA):

NO SE PERMITE SELLO

FECHA:

/ /

10 CERTIFICACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Al firmar este formulario, certifico que receto o proporciono un medicamento de Gilead al paciente identificado en la Sección 3. Además, certifico que este medicamento recetado es medicamento necesario para el paciente y que se usará según lo indicado. Certifico que supervisaré o coordinaré los tratamientos del paciente, de acuerdo con la ley, y verificaré que la información proporcionada como parte de la solicitud de mi paciente para el Programa de Asistencia al Paciente ("PAP") es completa y precisa a mi leal saber y entender. Certifico que no he recibido ni solicitaré el reembolso de ningún medicamento de Gilead dispensado al paciente a través del PAP de ningún programa gubernamental o aseguradora externa. Si corresponde, certifico que el medicamento que el PAP me brindó para el paciente elegible identificado en la Sección 3 será entregado por mí a dicho paciente para su propio uso sin costo alguno. Además, certifico que no usaré ese medicamento ni recetaré, suministraré, proporcionaré ni dispensaré, ni total ni parcialmente ese medicamento para el uso de otras personas o pacientes. Notificaré a Gilead si todo o parte del medicamento que me proporcionó el PAP para el paciente identificado en la Sección 3 no se prescribe, proporciona, facilita o dispensa a ese paciente, y me aseguraré de que dicho medicamento se devuelva a Gilead o su representante designado, llamando al 1-844-876-3358 dentro de los 30 días siguientes. Certifico que no venderé, revenderé, ofreceré para la venta, comercializaré ni intercambiaré el medicamento que el PAP me haya suministrado. El centro de atención médica puede ser objeto de auditorías por parte de Gilead y de su compañía de auditorías subcontratada.

Acepto que Gilead puede realizar auditorías y verificaciones aleatorias relacionadas con: 1) el solicitante identificado en la Sección 3, incluso, a título enunciativo, confirmar la identidad del paciente y verificar la necesidad médica; y 2) la dispensación del medicamento suministrado al médico prescriptor a través del PAP, incluso confirmar la recepción del medicamento recetado de Gilead por parte del paciente y la devolución oportuna de los medicamentos que se hayan recibido para el paciente identificado en la Sección 3, pero que no se hayan dispensado, si corresponde.

Certifico que recibí la autorización escrita correspondiente del paciente, de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996, las leyes estatales correspondientes en materia de privacidad de la información médica y cualquier otro requisito correspondiente para divulgar la información médica y personal del paciente a Gilead, sus agentes y sus contratistas a los fines de evaluar la cobertura del seguro del paciente y su elegibilidad para participar en el programa de Asistencia Oncológica de Gilead, llevar a cabo auditorías aleatorias para verificar la información suministrada en este formulario de inscripción y para otros propósitos, según lo detallado en la Autorización del paciente para usar y divulgar información médica personal de la Sección 6. Gilead está autorizado a comunicarse conmigo con relación a la información proporcionada en este formulario y según sea necesario, para facilitar la inscripción y la participación de mi paciente en el programa de Asistencia Oncológica de Gilead. Comprendo que Gilead puede comunicarse con el paciente directamente, si este lo autoriza, a fin de verificar la elegibilidad para el programa de Asistencia Oncológica de Gilead y las actualizaciones de la cobertura del seguro, así como confirmar la recepción del medicamento de Gilead a través del PAP.

Entiendo que completar este formulario de inscripción no garantiza que se le brindará asistencia a mi paciente, quien otorgó su consentimiento para que yo reciba su medicamento de Gilead en su nombre. Recibiré y guardaré el medicamento de mi paciente en mi consultorio hasta que se lo entregue, cuando corresponda. Cumpliré y respetaré las leyes de dispensación para médicos de mi estado que se aplica a los médicos prescriptores autorizados, cuando corresponda.

NOTA ESPECIAL: Los médicos de Nueva York que prescriben deben presentar las recetas en un recetario original de dicho estado. Para el resto de los estados, si no se envía por fax, la receta debe confeccionarse en un recetario específico del estado, si esto aplica a su estado.



FIRMA DEL PRESCRIPTOR (OBLIGATORIA):

NO SE PERMITE SELLO

FECHA:

/ /



IMPRIMIR
FORMULARIO

ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETO AL
PROGRAMA DE ASISTENCIA ONCOLÓGICA DE
GILEAD AL 1-833-851-4344