



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Llene el formulario y envíelo a Vertex al Fax: (888) 952-5933 | Teléfono: (877) 752-5933

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

*Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ *Apellido: _____

*Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): _____ Nombre de preferencia: _____ Pronombres: _____

Para fines de verificación del seguro: Últimos cuatro dígitos del número del seguro social: _____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección: _____ Ciudad: _____ *Estado: _____ Código postal: _____

Marque su preferencia: Teléfono móvil: _____ Teléfono fijo: _____ ¿Podemos dejarle mensajes? Sí NO

Correo electrónico: _____ Idioma: Inglés Español Otro: _____

CUIDADOR PRINCIPAL, TUTOR LEGAL O CONTACTO ADICIONAL

Cuidador principal Tutor legal Contacto adicional Marque todos los que correspondan.

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Nombre de preferencia: _____ Pronombres: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Idioma: Inglés Español Otro: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO *No es necesario llenar esta sección si adjunta una ficha o copias de las tarjetas del seguro y de las recetas.*

Seguro que cubre medicamentos recetados: _____ Número de identificación de la receta: _____

Número BIN de la receta: _____ Número de grupo de la receta: _____

N.º de control del procesador (PCN#) de la receta: _____ Teléfono: _____ Nombre del empleador: _____

Seguro médico principal: _____ Teléfono: _____ Titular de la póliza: _____

Número de identificación: _____ Número de grupo: _____ Relación del titular de la póliza con el paciente: _____

Seguro secundario: _____ Teléfono: _____ Titular de la póliza: _____

Número de identificación: _____ Número de grupo: _____ Relación del titular de la póliza con el paciente: _____

Información adicional

¿El paciente está inscrito en un programa de atención médica financiado por el gobierno como Medicare, Medicaid, Asuntos de los Veteranos (VA), Departamento de Defensa (DoD) o TRICARE®, un plan médico calificado (QHP) o un plan ofrecido en un mercado o intercambio estatal o federal? Sí NO

INFORMACIÓN DEL CENTRO DE SALUD

Nombre del centro: _____ Teléfono del centro: _____ Fax del centro: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Contacto principal del centro/Título: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

*Campo requerido

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ (dd/mm/aaaa)

Farmacia del paciente (si tiene alguna):


- AcariaHealth, Inc./Foundation Care, LLC
 AllianceRx Walgreens Pharmacy
 Maxor Specialty Pharmacy
 Accredo Health Group, Inc.
 Fairview Specialty Pharmacy
 Optum Specialty Pharmacy

Ya se envió la receta: SÍ NO

Incluya una ficha o copias de las tarjetas del seguro y de las recetas.

INFORMACIÓN CLÍNICA Y AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

Especifique las mutaciones indicadas del paciente: Mutación 1: _____ Mutación 2: _____

 <p>trikafta (elezacaftor/tezacaftor/ivacaftor and ivacaftor)</p>	<input type="checkbox"/> UN sobre de gránulos para uso oral (elezacaftor 80 mg/tezacaftor 40 mg/ivacaftor 60 mg) por la mañana mezclado con una cucharadita (5 ml) de alimento blando o líquido y alimento que contenga grasas UN sobre de gránulos para uso oral (ivacaftor 59.5 mg) por la noche mezclado con una cucharadita (5 ml) de alimento blando o líquido y alimento que contenga grasas, aproximadamente 12 horas después de la dosis de la mañana <input type="checkbox"/> UN sobre de gránulos para uso oral (elezacaftor 100 mg/tezacaftor 50 mg/ivacaftor 75 mg) por la mañana mezclado con una cucharadita (5 ml) de alimento blando o líquido y alimento que contenga grasas UN sobre de gránulos para uso oral (ivacaftor 75 mg) por la noche mezclado con una cucharadita (5 ml) de alimento blando o líquido y alimento que contenga grasas, aproximadamente 12 horas después de la dosis de la mañana <input type="checkbox"/> DOS comprimidos (elezacaftor 50 mg/tezacaftor 25 mg/ivacaftor 37.5 mg) por la mañana con alimento que contenga grasas UN comprimido (ivacaftor 75 mg) por la noche con alimento que contenga grasas, aproximadamente 12 horas después de la dosis de la mañana <input type="checkbox"/> DOS comprimidos (elezacaftor 100 mg/tezacaftor 50 mg/ivacaftor 75 mg) por la mañana con alimento que contenga grasas UN comprimido (ivacaftor 150 mg) por la noche con alimento que contenga grasas, aproximadamente 12 horas después de la dosis de la mañana	<input type="checkbox"/> Suministro para 28 días <input type="checkbox"/> Suministro para 84 días
 <p>symdeko (tezacaftor/ivacaftor and ivacaftor)</p>	<input type="checkbox"/> UN comprimido (tezacaftor 50 mg/ivacaftor 75 mg) por la mañana con alimento que contenga grasas UN comprimido (ivacaftor 75 mg) por la noche con alimento que contenga grasas, aproximadamente 12 horas después de la dosis de la mañana <input type="checkbox"/> UN comprimido (tezacaftor 100 mg/ivacaftor 150 mg) por la mañana con alimento que contenga grasas UN comprimido (ivacaftor 150 mg) por la noche con alimento que contenga grasas, aproximadamente 12 horas después de la dosis de la mañana	<input type="checkbox"/> Suministro para 28 días <input type="checkbox"/> Suministro para 84 días
 <p>ORKAMBI[®] (lumacaftor/ivacaftor)</p>	<input type="checkbox"/> UN sobre de gránulos para uso oral (75 mg/94 mg) <input type="checkbox"/> UN sobre de gránulos para uso oral (100 mg/125 mg) <input type="checkbox"/> UN sobre de gránulos para uso oral (150 mg/188 mg) Cada 12 horas, mezclado con una cucharadita (5 ml) de alimento blando o líquido y alimento que contenga grasas <input type="checkbox"/> DOS comprimidos (100 mg/125 mg) <input type="checkbox"/> DOS comprimidos (200 mg/125 mg) Cada 12 horas, con alimento que contenga grasas	<input type="checkbox"/> Suministro para 28 días <input type="checkbox"/> Suministro para 84 días
 <p>kalydeco (ivacaftor)</p>	<input type="checkbox"/> UN sobre de gránulos para uso oral (5.8 mg) <input type="checkbox"/> UN sobre de gránulos para uso oral (13.4 mg) <input type="checkbox"/> UN sobre de gránulos para uso oral (25 mg) <input type="checkbox"/> UN sobre de gránulos para uso oral (50 mg) <input type="checkbox"/> UN sobre de gránulos para uso oral (75 mg) Cada 12 horas, mezclado con una cucharadita (5 ml) de alimento blando o líquido y alimento que contenga grasas <input type="checkbox"/> UN comprimido (150 mg) Cada 12 horas, con alimento que contenga grasas	<input type="checkbox"/> Suministro para 28 días <input type="checkbox"/> Suministro para 84 días

Rellenar: _____ Dispensar como se indica por escrito

Instrucciones especiales: _____

¿El paciente ha tomado este medicamento anteriormente? SÍ NO SE DESCONOCE

Al firmar a continuación, certifico que (1) el tratamiento de Vertex Pharmaceuticals Incorporated ("Vertex") que prescribo es necesario por razones médicas y es en el mejor interés para el paciente mencionado más arriba, (2) cuento con todos los consentimientos requeridos por la ley federal y estatal para la divulgación de la información sobre el paciente en este formulario a Vertex y sus contratistas o socios comerciales ("Contratistas") para la verificación de los beneficios y la coordinación de la administración del medicamento Vertex, (3) cumpliré con los requisitos de prescripción específicos del estado y comprendo que el incumplimiento de estos requisitos podría resultar en una mayor asistencia por parte de la farmacia especializada del paciente, (4) comprendo que la información que proporciono en este formulario, si está firmado por el paciente, será usada por Vertex y sus Contratistas tal como lo autorizó el paciente. Autorizo a Vertex a presentar la receta que aparece arriba en la farmacia que corresponda.

Fecha y firma del médico prescriptor (no se permiten sellos):

*Firma _____ *Fecha de la firma _____
 *Primer nombre del médico prescriptor: _____ *Apellido del médico prescriptor: _____ NÚMERO DE NPI: _____

*Campo requerido



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Llene el formulario y envíelo a Vertex al Fax: (888) 952-5933 | Teléfono: (877) 752-5933

El programa de Guía y Apoyo al Paciente de Vertex ("Vertex GPS"™) brinda apoyo sobre productos a los pacientes a quienes se les haya recetado un medicamento Vertex. Esto incluye lo siguiente: (1) reembolso y asistencia financiera (investigar su cobertura de seguro, confirmar los gastos de bolsillo y revisar su elegibilidad para recibir la asistencia), (2) trabajar con usted y su farmacia para el llenado de su receta y (3) proporcionarle comunicados y recursos educativos relacionados con las enfermedades, los medicamentos y el cumplimiento terapéutico ("Apoyo de GPS").

➡ ***Nombre del paciente:** _____ ***Fecha de nacimiento:** _____ (dd/mm/aa)

AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD

Al firmar a continuación, autorizo a mis proveedores y al personal de atención médica, a mi plan de salud y a mi farmacia a utilizar mi información médica (tal como información sobre mi diagnóstico y tratamiento) e información sobre seguros (mi "Información") y a divulgar mi Información a Vertex Pharmaceuticals Incorporated (incluyendo Vertex GPS) y sus afiliados ("Vertex"), así como también con sus contratistas y socios comerciales ("Contratistas"), para inscribirme en el programa Vertex GPS, proporcionar apoyo GPS, administrar el programa Vertex GPS y realizar actividades comerciales con mi Información sin identificación, según lo indicado a continuación, en la sección "Inscripción en GPS".

Comprendo que una vez que mi Información se divulgue, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad y podría volver a divulgarse. Sin embargo, Vertex y sus contratistas solo utilizarán y divulgarán mi Información según se detalla en este formulario. Entiendo que mi farmacia recibirá un pago de Vertex por divulgar mi Información a Vertex. Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que esto no afectará mi tratamiento, cobertura de seguro o elegibilidad para recibir los beneficios o productos de Vertex. Sin embargo, si no firmo esta Autorización, no podré recibir el Apoyo de GPS. Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento mediante el envío de una carta en la que solicite la cancelación a Vertex GPS, 50 Northern Avenue, Boston, MA 02210. Entiendo que mi cancelación no se aplicará a ninguna Información que ya haya sido utilizada o divulgada por mis proveedores y el personal de atención médica, el plan de salud o la farmacia según esta Autorización antes de haber recibido la cancelación. Esta autorización vence diez (10) años después de la fecha firmada que aparece más abajo o según lo requiera la ley estatal o local, a menos que yo la cancele antes de esa fecha. Comprendo que tengo derecho recibir a una copia firmada de esta Autorización.

➡ ***Firma del paciente o tutor legal:** _____ ***Relación con el paciente:** _____ ***Fecha de la firma:** _____ (dd/mm/aaaa)

INSCRIPCIÓN EN GPS

Al firmar abajo, confirmo que me gustaría inscribirme en Vertex GPS y autorizo a Vertex y a sus Contratistas a proporcionarme Apoyo de GPS. Entiendo que Vertex GPS es un programa opcional. Acepto que Vertex y sus Contratistas puedan utilizar mi información y puedan compartirla entre ellos, con mis proveedores y el personal de atención médica, con mi plan médico, con mi farmacia y con los programas de asistencia para pacientes en relación con la provisión de Apoyo GPS, la administración o la actualización del programa de Vertex GPS o según sea necesario para que Vertex cumpla con sus obligaciones legales. Por ejemplo, Vertex y sus Contratistas pueden comunicarse conmigo (por correo, teléfono, correo electrónico y mensajes de texto¹), solicitar comentarios o participación en investigación de mercado, utilizar mi información para adaptar los comunicados relacionados con el programa GPS a mis necesidades y compartir información con mis proveedores de atención médica sobre la dispensación de mis medicamentos de Vertex. Autorizo a Vertex y a sus Contratistas a enviar mensajes de texto al número o a los números de teléfono que proporciono. Entiendo que este consentimiento no es un requisito para participar en Vertex GPS o para comprar algo de Vertex. Puedo anular esta autorización y optar por no recibir llamadas y mensajes de texto automatizados al responder STOP (ALTO) a cualquiera de esos textos de Vertex o al comunicárselo a Vertex por escrito a la dirección mencionada anteriormente. Entiendo que Vertex y sus Contratistas pueden anonimizar mi información, combinarla con información de otros pacientes y utilizar la información resultante para fines comerciales de Vertex.

Para residentes de California: Al firmar a continuación, reconozco que he revisado y entiendo el aviso de privacidad de Vertex, disponible en: www.vrtx.com/english-privacy-us-residents/#5.

➡ ***Firma del paciente o tutor legal:** _____ ***Fecha de la firma:** _____ (dd/mm/aaaa)

Indique cualquier contacto adicional con quien Vertex GPS tiene permitido hablar de su Información, además del contacto principal mencionado en la página 1 de este formulario:

Nombre del contacto adicional: _____ **Relación con el paciente:** _____

¹Pueden aplicarse cargos adicionales. Entiendo que mi proveedor de servicios telefónicos puede cobrarme una tarifa por las llamadas o textos que reciba y estoy de acuerdo en que Vertex no pagará esas tarifas.

***Campo requerido**

ESTAMOS AQUÍ PARA AYUDARLE A LLEGAR ADONDE DESEE

Vertex GPS[™]: Guía y Apoyo al Paciente ofrece apoyo personalizado e individual para ayudarle a comenzar y mantenerse al día con su tratamiento. Una vez que se inscriba, se le asignará un Especialista de Apoyo GPS que estará con usted en cada paso del camino.

Su Especialista de Apoyo puede ayudarle a:



Verificar su cobertura y sus gastos de bolsillo con su compañía de seguros para que comience su tratamiento. El Especialista de Apoyo también se comunicará con su proveedor de atención médica para analizar cualquier requisito o pregunta que su compañía de seguros pueda tener al determinar su cobertura.



Explorar opciones de asistencia financiera. Si tiene un seguro comercial, el Programa de Asistencia para Copagos de Vertex GPS podría reducir su copago por relleno a \$0.*

*Se aplican limitaciones. La asistencia anual está limitada a un máximo de \$20,000. No está disponible para personas con seguros financiados por el gobierno, como Medicaid, Medicare y TRICARE®. Vertex se reserva el derecho de rescindir, revocar o enmendar este programa de asistencia en cualquier momento.



Mantener al día su tratamiento mediante la coordinación de envíos con su farmacia especializada y recordándole cuándo es momento de rellenar su medicamento de Vertex. Si su rutina diaria cambia, su Especialista de Apoyo puede ayudarle a planear de antemano los rellenos, enviar sus medicamentos a una nueva dirección y compartir consejos para ayudarle a mantener la motivación.



Satisfacer sus necesidades diarias con información sobre nutrición y consejos para mantenerse físicamente activo y con una mentalidad saludable. Si está cuidando de alguien que toma un medicamento de Vertex, su Especialista de Apoyo puede enviarle recursos educativos para ayudarle a enseñar a su ser querido cómo mantener su rutina diaria de tratamiento.



Planear lo que viene a medida que se acerca a los grandes cambios de la vida. Su Especialista de Apoyo puede ayudarle a prepararse para la próxima etapa y darle consejos para mantenerse al día con el tratamiento de Vertex. También puede compartir consejos de otras personas de la comunidad.



Vertex GPS está a solo una llamada de distancia. Para hablar con nosotros llame o envíe un mensaje de texto al **1-877-752-5933 (oprima el 2)**, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 7:00 p. m., hora del este.

Descubra más información acerca de GPS y los recursos de apoyo disponibles en VertexGPS.com.