



## ● PASO 1: Llene la información del paciente

 Paciente EAP:  Sí  No Si la respuesta es sí, sitio del estudio clínico:

 Idioma principal:  Inglés  Otro:

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Apellido:** \_\_\_\_\_

 Sexo:  Hombre  Mujer **Fecha de nacimiento:** / /

Dirección:

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Teléfono de casa:** \_\_\_\_\_ **Teléfono celular:** \_\_\_\_\_

 Teléfono de preferencia:  Casa  Celular

 Mejor hora para contactarlo:  Mañana  Tarde  Noche

Correo electrónico:

Nombre de contacto alternativo:

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

## ● PASO 2: Llene la información del seguro

► Por favor incluya copias del frente y de atrás de la tarjeta (s) de seguro del paciente

 Referencia a PAP / Paciente no tiene seguro **Medicaid Pending:**  Sí  No

**Seguro primario:**
**ID #:** \_\_\_\_\_ **Grupo #:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Nombre del suscriptor:** \_\_\_\_\_ **F de N:** \_\_\_\_\_

**Relación del suscriptor con el paciente:**
**Seguro secundario:**
**ID #:** \_\_\_\_\_ **Grupo #:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Nombre del suscriptor:** \_\_\_\_\_ **F de N:** \_\_\_\_\_

**Relación del suscriptor con el paciente:**
**Nombre del plan de farmacia:**
**Póliza #:** \_\_\_\_\_ **Grupo #:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Rx Bin #:** \_\_\_\_\_ **Rx PCN#:** \_\_\_\_\_

## ● PASO 3: Firme la autorización del paciente: Por favor incluya la firma del paciente para proveer los servicios.

Vea la página 2 de esta forma para leer y firmar la autorización del paciente.

## ● PASO 4: Llene la información del médico

**Nombre de quien receta: (Nombre, Apellido)**

Nombre de la instalación o práctica:

Dirección:

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Contacto en la Oficina:**
**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

Correo electrónico de contacto:

Especialidad: \_\_\_\_\_ # NPI: \_\_\_\_\_

# Lic. médica estado: \_\_\_\_\_ # ID Fiscal: \_\_\_\_\_

# ID proveedor específico: \_\_\_\_\_ # DEA: \_\_\_\_\_

## ● PASO 5: Seleccione farmacia de especialidades preferida

 Accredo  Avella  Biologics  CVS/Caremark  Diplomat

 Onco360  Walgreens  En sitio  Otro:

## ● PASO 6: Diagnóstico completo e información clínica

**Diagnóstico principal Código ICD 9 / ICD 10:**

 Etapa clínica TNM:  mCRC  Otro

 Línea de tratamiento:  Tercera  Cuarta  Quinta  Otro

 Tratamientos previos:  Ninguno  Cirugía  Radiación  Químico / Terapia dirigida :

 Por favor especifique:  FOLFOX  FOLFIRI  FOLFIRI  CapeOx  Irinotecan

 Capecitabine  5-FU/LV  bevacizumab  cetuximab  pantiumumab

 regorafenib  ziv-aflibercept  Otro: \_\_\_\_\_

 Prueba EGER concluida:  Sí  No Resultado:

 Estatus KRAS:  Tipo silvestre  Mutante

## ● PASO 7: Seleccione los servicios de enfermería (Debe elegir, si necesita los servicios)

 **Elijo** Según se habló con el paciente, mientras está en terapia, recibirá apoyo de enfermería que incluye educación, cumplimiento y consultas generales sobre la administración de la terapia.

## ● PASO 8: Información de receta médica

 Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ BSA (m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

**Rx LONSURF<sup>®</sup>** (trifluridina y tipiracil)

Disponible en tabletas de 15 mg y de 20 mg (basado en el componente trifluridina)

Tome \_\_\_\_\_ mg 2 veces al día del día 1 al 5, después no tomar 2 días, después

Tome \_\_\_\_\_ mg 2 veces al día los días 8 al 12, después no tomar 2 días. Descansar 14 días.

SIG:

#de tabletas por ciclo: 15mg: \_\_\_\_\_ 20mg: \_\_\_\_\_ Resurtir: \_\_\_\_\_

## ● PASO 9: Lea y firme el certificado médico

Al firmar abajo, certifico que (a) la terapia recetada arriba es médicamente necesaria y (b) [marque uno]:

 Recibí del paciente identificado arriba, o su representante personal, la autorización necesaria para divulgar, de acuerdo con las leyes y regulaciones de privacidad federales y estatales que aplican, información médica y/o otra información del paciente relacionada con la necesidad de la terapia recetada arriba, a Taiho y sus agentes o contratistas para el propósito de buscar información relacionada a la cobertura de la terapia y/o asistencia en el inicio o continuidad de la terapia..

 Leí y estoy de acuerdo con el Acuerdo de Sociedad Comercial en la página 4 de esta forma.

(c) Autorizo a Taiho y sus agentes o contratistas para remitir una receta a LONSURF, para impuestos u otro modo de entrega, a una farmacia en la red de apoyo a pacientes de Taiho Oncology.

► El médico debe cumplir con los requisitos de receta de su estado, tales como, receta electrónica, forma de receta específica del estado, idioma de fax, etc. No cumplir con los requisitos específicos del estado puede resultar en sobrepasar al recetador.

 Firma de quien receta:

Fecha:

(no sellos)

(sustitución permitida)

 Firma de quien receta:

Fecha:

(no sellos)

(prepárese cómo se receta)

Nombre del paciente: (Nombre, Segundo nombre, Apellido)

Fecha de nacimiento:

### ● Autorización del paciente

*Se requiere la autorización del paciente para proceder con los servicios. Por favor lea y firme la autorización del paciente abajo.*

Verifico que la información proveída aquí es verdadera y correcta. Entiendo que la recolección, uso y divulgación de mi información de salud personal (incluida pero no limitada a nombre, dirección, número de seguro social, número de teléfono, información del seguro, condición mental, registros médicos y otra información contenida en esta forma) está protegida por ley. Al firmar esta autorización, entiendo y estoy de acuerdo en la recolección, divulgación y uso de mi información de salud personal como se describe abajo.

Autorizo cada uno de mis planes de salud, aseguradores, doctores, profesionales del cuidado de salud, clínicas, farmacias u otros proveedores de cuidado de la salud y aquéllos quienes trabajan a su nombre para que divulguen mi información de salud personal a Taiho Oncology, Inc. ("Taiho"), a sus empleados, afiliados y otros representantes, agentes y contratistas para los siguientes propósitos: (i) investigar y resolver cobertura de seguro o reembolso de gastos o revisar la elegibilidad del paciente a programas de asistencia, ayuda con copago o programas similares e inscribirme en dichos programas, (ii) contactar y proveer mi información de salud personal a mi aseguradora, organizaciones de defensa del paciente, programas de asistencia al paciente u otras fuentes de financiamiento para determinar la elegibilidad de cobertura u otros fondos, (iii) cumplir y coordinar la entrega de recetas médica, (iv) asistir con entrenamiento y proveer apoyo del producto y materiales de educación y (v) cualquier uso interno de Taiho. Entiendo que mi información es divulgada bajo esta autorización puede ser vuelta a usar por Taiho y ya no ser protegida por las leyes de privacidad federales o estatales. Entiendo que me puedo negar a firmar esta autorización y mis proveedores de tratamiento y planes de salud no pueden condicionar mi tratamiento actual o futuro, el pago o la elegibilidad a los beneficios a mi disposición en la presente autorización. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una carta solicitando la cancelación a Taiho Oncology, Inc., PO Box 30226, Bethesda, MD 20824, pero que esta cancelación no se aplicará a cualquier información ya usada o divulgada a través de esta autorización. Esta autorización expira cinco (5) años a partir de la fecha firmada abajo.

Entiendo que mi farmacia proveedora puede recibir remuneración por divulgar mi información de salud personal conforme a esta autorización. Así mismo autorizo a mi farmacia para que usen mi información de salud personal para comunicarse conmigo sobre el medicamento que me fue recetado y entiendo que ellos pueden recibir una comisión por dichas comunicaciones.

**X Firma del paciente o de su representante:**

**Fecha:**

Si firma el representante, relación con el paciente (esposo, guardián legal, etc.):

Nombre del paciente: (Nombre, Segundo nombre, Apellido)

Fecha de nacimiento:

### ● Programa de asistencia para al paciente

¿Cuántas personas viven en su casa?    1  2  3  4  5  6  7  8+

Ingreso anual en el hogar: (Incluyendo el Seguro Social, pensión, etc.)    \$ \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del #de Seguro Social    \_\_\_\_\_

► *Por favor anexe una copia de su Declaración de Impuestos Federales; si usted no declara impuestos, por favor incluya otra prueba del ingreso anual de su hogar tal como talón de ingresos, estado de cuenta de depósitos del banco, estado de cuenta del seguro social o de discapacidad, carta de beneficio por desempleo, etc.*

Doy fe de que la información anterior es completa y exacta. Doy fe de que no tengo o tengo insuficiente cobertura del seguro de recetas médicas para los medicamentos indicados, incluyendo Medicaid, Medicare o cualquier otro programa público o privado y tengo recursos financieros suficientes para pagar la terapia recetada.

Entiendo y estoy de acuerdo de que el medicamento PAP recibido no cuenta para todos mis gastos de bolsillo (TROOP) como se define en la Ley de Modernización de Medicare. Entiendo que mi médico receta los medicamentos PAP y se me provee sin cargo a mí o a cualquier otra persona, estoy de acuerdo que no voy a enviar ningún reclamo por los medicamentos PAP a ninguna persona, incluido mi Plan Medicare Parte D. También estoy de acuerdo de que no voy a buscar obtener reembolsos por ningún medicamento recibido en este programa.

Con mi firma autorizo liberar información sobre mi persona y mi condición médica a Taiho Oncology, Inc. ("Taiho") y/o sus agentes. Autorizo a Taiho y/o sus agentes a usar y divulgar dicha información para la evaluación de mi elegibilidad para ser inscrito y administrado por Taiho, lo cual puede incluir contactar a mi asegurador, programas de fondo público, trabajadores sociales, organizaciones de defensa, proveedores de cuidado de salud u otras personas o entidades que Taiho pueda considerar apropiadas para entregarle todos los registros médicos o información requerida que influyan en mi elegibilidad a beneficios en este programa.

Además, estoy de acuerdo de que en cualquier momento durante mi inscripción, Taiho puede requerir documentación adicional para autenticar las afirmaciones hechas en esta aplicación. Taiho y/o sus agentes pueden estar de acuerdo en no divulgar ninguna información a terceras personas, excepto aquella requerida por la administración del programa, conforme se requiera por la administración del programa y como fue autorizado por mi o como es requerido por ley. Entiendo y reconozco que esta asistencia es temporal y que este programa puede cambiar o ser discontinuado en cualquier momento sin aviso. La información anterior se añadirá a la información incompleta entregada en mi solicitud de inscripción inicial.

Firma del paciente o de su representante:

Fecha:

Si firma el representante, relación con el paciente (esposo, guardián legal, etc.): \_\_\_\_\_

## ● Acuerdo de Sociedad Comercial

*Estimado Doctor:*

*A Apoyo a Pacientes de Taiho Oncology le gustaría acelerar la investigación de beneficios y selección de sus recetas médicas para poner a sus pacientes bajo tratamiento lo más pronto posible. Algunas veces obtener la Autorización del paciente, en página dos, puede retrasar la obtención de tratamiento si el paciente no está en su oficina para firmar la forma cuando usted hace la referencia. Por ello, estamos ofreciéndole la oportunidad de que firme un Acuerdo de Sociedad Comercial (BAA) con CareMetx, la firma que opera los servicios de Apoyo a pacientes de Taiho Oncology. Este BAA es un paso intermedio que le permitirá a CareMetx iniciar la investigación de beneficios y selección de recetas médicas **para todos sus pacientes** tan pronto como sea posible para apoyar el acceso a tratamiento, mientras trabajamos paralelamente para obtener la autorización del paciente, lo que permite optimizar todos los servicios para la terapia de su paciente.*

*– Apoyo a Pacientes de Taiho Oncology*

CareMetx (Compañía) es una Socio Comercial del médico que firma (MD) para realizar la investigación de prestación de servicios y otros servicios de apoyo a los pacientes, incluso servicios para ayudar a preparar las recetas médicas (“Servicios”) para el médico. El MD y la Compañía están de acuerdo que hasta que el MD revoque el permiso, la Compañía debe prestar dichos servicios para los pacientes del MD sujetos a los siguientes términos. La Compañía utilizará información de salud protegida (PHI) únicamente para proveer los servicios. La Compañía no usará o divulgará más la PHI, otra que la permitida aquí o la requerida por ley. La Compañía puede usar PHI del MD si es necesaria para el manejo adecuado y la administración de la Compañía o para ejercer las responsabilidades legales de la Compañía. La Compañía puede des-identificar el PHI. Una vez que la compañía haya des-identificado el PHI, ya no estará cubierto por este acuerdo. La Compañía implementará las salvaguardas adecuadas para prevenir el uso o divulgación no autorizados del PHI, incluido cualquier incidente de seguridad, que incluye los requisitos de implementación de la Regla de Seguridad HIPAA. La Compañía reportará al MD sobre cualquier uso o divulgación de PHI no autorizado, incluido cualquier Incidente de Seguridad que comprometa la integridad del PHI mantenido por la Compañía y que pueda violar el PHI. La Compañía responderá, a manera que permita a MD a cumplir con los requisitos de la Regla de Privacidad, los requisitos del MD para proveer individuos el acceso a su PHI. El MD puede requerir que la Compañía ponga disponible el PHI para enmienda (e incorporar cualquier enmienda requerido) y contabilidad. La Compañía cumplirá con los requisitos de la Regla de Privacidad aplicable a la Compañía. A petición de HHS o del MD, la Compañía pondrá a disposición de HHS sus prácticas internas, libros y registros relacionados al uso y divulgación de PHI recibida de, o creada o recibida por la Compañía a nombre del MD para propósitos de HHS determinando el cumplimiento del MD o de la Compañía con la Regla de Privacidad de HIPAA. Al finalizar el contrato para proveer servicios al MD, la Compañía debe regresar o destruir toda la PHI recibida del MD o creada o recibida por la Compañía a menos que este regreso o destrucción no sea posible y en ese caso la Compañía debe extender esta protección a PHI mantenida por la Compañía después de terminado este acuerdo. La Compañía se asegurará que los subcontratistas que tienen acceso al PHI deben estar de acuerdo con restricciones y condiciones equivalentes en PHI que aplican para la Compañía. El MD puede terminar este acuerdo con la Compañía por la violación de cualquier término material y los contratos entre la Compañía y los socios comerciales subcontratistas están sujetos a esos mismos requisitos. Al firmar esta forma el MD está de acuerdo con estas provisiones de sociedad comercial.

Firma de quien receta:

Fecha:

Firma de CareMetx: **Greg Lahens, Oficial de privacidad de CareMetx**