

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre*: _____ Apellido*: _____ Fecha de nacimiento*: _____ Sexo al nacer*: ☐ Masculino ☐ Femenino

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

Dirección de correo electrónico*: _____ Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil*: _____

Nombre del contacto alternativo: _____ Teléfono del contacto alternativo: _____

Relación: _____

Permiso para dejar un mensaje detallado por teléfono y/o correo electrónico*: ☐ Sí ☐ No Ingreso anual del hogar*: _____

Número de personas en el hogar (incluido el paciente)*: _____

☐ Marque esta casilla si no existe cobertura de seguro para el paciente.

INFORMACIÓN DEL SEGURO: SI EL PACIENTE TIENE ALGÚN SEGURO, COMPLETE ESTA SECCIÓN O ADJUNTE COPIAS DE LA(S) TARJETA(S) DEL SEGURO.

Seguro principal	Seguro secundario	Beneficio en farmacia
Nombre del seguro		
Tipo (Comercial, Medicare, Medicaid, otros)		
Nombre del titular (si no es el paciente)		
Número de póliza/titular		
N.º de grupo		
Teléfono del seguro		
Gasto de bolsillo máximo		

2 AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS DEL PACIENTE. MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

☐ Los siguientes consentimientos son un requisito del Programa para pacientes Legacy. Al dar fe de lo siguiente, entiendo que debo cumplir todos los requisitos para que el equipo del programa me contacte y me inscriba en el programa.

- Entiendo que, al inscribirme en el Programa para pacientes Legacy, acepto recibir comunicaciones relacionadas con el programa por teléfono y/o correo electrónico durante el periodo de vigencia de mi inscripción.
- Entiendo que tendré que cumplir todos los requisitos necesarios que se hayan comentado conmigo y con el miembro del equipo del Programa para pacientes Legacy para que se me apruebe en el programa, y que la presentación de una solicitud no garantiza la elegibilidad para el Programa para pacientes Legacy.
- Entiendo que, si se aprueba mi inscripción, recibiré tratamiento con Esbriet™ y las reposiciones recetadas, de forma gratuita, como parte del programa, durante el periodo de vigencia de mi inscripción.
- Entiendo que el Programa para pacientes es un programa de duración limitada y que, al inscribirme, permaneceré inscrito durante un periodo sucesivo de hasta 12 meses, que comenzará a partir del 1 de enero y finalizará el 31 de diciembre.
- Entiendo que, si decido continuar mi inscripción en un nuevo año calendario, se requerirá la reinscripción en el Programa para pacientes Legacy al final de cada año calendario.
- Tengo 18 años o más.
- En la actualidad, soy un paciente diagnosticado de fibrosis pulmonar idiopática.
- Entiendo que este programa puede cambiar o interrumpirse en cualquier momento y que se me notificará.
- No tengo cobertura de seguro para recetas (incluidos Medicaid, Medicare u otros programas públicos o privados) para el medicamento Legacy mencionado anteriormente, o no puedo costear los requisitos de copago asociados con mi cobertura de seguro para este medicamento.
- No solicitaré el reembolso de ningún medicamento entregado a través del Programa para pacientes Legacy de ninguna fuente, incluida cualquier compañía de seguros externa.
- Para recibir Esbriet™ de forma gratuita, estoy de acuerdo con los términos y condiciones de Legacy Pharma Inc. SEZC que se describen a continuación.
- Entiendo que, si se aprueba mi participación en el Programa para pacientes Legacy, tendré que llamar al programa para solicitar la reposición de Esbriet™ cuando sea necesario, según los requisitos del programa.

☐ Consentimiento del paciente para permitir que el equipo del Programa para pacientes Legacy trabaje junto con su proveedor de seguros, farmacia, organización de apoyo y otras personas para proporcionar apoyo en su nombre.

Al firmar esta autorización, autorizo a mi(s) médico(s), mi compañía de seguro médico y mis proveedores de farmacia (en conjunto, las "Partes designadas") a utilizar, revelar, y volver a divulgar a Legacy Pharma Inc. SEZC, el distribuidor de Esbriet™, y sus agentes, representantes y contratistas autorizados, incluido el personal de apoyo del equipo del Programa para pacientes Legacy o cualquier otro operador del Programa de apoyo al paciente Legacy en nombre de Legacy Pharma Inc. SEZC, la información de salud relacionada con mi afección médica, tratamiento y cobertura de seguro (mi "Información de salud") para que (1) me presten determinados servicios, incluida la asistencia de cobertura, programas de acceso al paciente, seguimiento del envío de medicamentos, y capacitación/educación, (2) me proporcionen servicios de apoyo e información relacionados con mi terapia con Esbriet™, (3) sirva a los fines comerciales internos, como la investigación de mercado, informes financieros internos y fines operativos, y (4) se cumplan las respectivas responsabilidades legales de las partes fabricantes. Una vez que mi Información de salud se haya divulgado a las partes de Legacy Pharma Inc. SEZC, entiendo que puede ser divulgada de nuevo por ellos y ya no estar protegida por las leyes federales y estatales de privacidad. Sin embargo, las partes de Legacy Pharma Inc. SEZC acuerdan proteger mi Información de salud mediante su uso y divulgación únicamente para los fines detallados en esta autorización o según lo permita o exija la ley. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi médico y la farmacia no condicionarán mi tratamiento si acepto firmar este formulario de autorización, y mi plan de salud o compañía de seguro médico no condicionarán el pago de mi tratamiento, la inscripción en el seguro ni la elegibilidad para los beneficios del seguro si acepto firmar este formulario de autorización. Entiendo que las farmacias y las otras Partes designadas pueden recibir pagos en relación con la divulgación de mi Información de salud, tal y como se proporciona en esta autorización. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de firmarla. Puedo revocar (retirar) esta autorización en cualquier momento poniéndome en contacto con el equipo del Programa para pacientes Legacy por teléfono al 855-518-7562. La revocación de esta autorización terminará con la divulgación posterior de mi Información de salud a las partes fabricantes por parte de mi farmacia, médicos y compañía de seguro médico cuando reciban una copia de la revocación, pero no se aplicará a la información que ya hayan divulgado a las partes fabricantes en virtud de esta autorización. También sé que puedo cancelar mi inscripción en un programa de apoyo al paciente en cualquier momento llamando al equipo del Programa para pacientes Legacy al 855-518-7562. Esta autorización tiene una vigencia de 1 año o un periodo más corto si así lo establece la legislación estatal.

☐ Autorización de Información Financiera y de la Ley de Informe Justo de Crédito (Fair Credit Reporting Act, FCRA)

Reconozco que el Programa para pacientes Legacy utilizará los ingresos de mi hogar y el número de personas que figuran en mi solicitud para determinar la elegibilidad. Doy fe de que he comunicado con precisión esta información a mi mejor saber y entender. En caso de que no pueda proporcionar documentación financiera, autorizo el uso de mi número de seguridad social y/o de mi información demográfica adicional para acceder a mi información crediticia e información obtenida de fuentes públicas y otras fuentes con el fin de calcular mis ingresos y determinar la elegibilidad.

☐ Entiendo que estoy proporcionando una autorización por escrito para el Programa para pacientes Legacy y su proveedor, en virtud de la FCRA, para obtener información de mi perfil de crédito u otra información del proveedor, únicamente con el fin de determinar las calificaciones financieras para la determinación de la elegibilidad por parte del Programa para pacientes Legacy. Entiendo que debo aceptar expresamente estos términos para poder continuar con este proceso de evaluación financiera.

☐ Autorizo al Programa para pacientes Legacy y a sus socios a utilizar, revelar y/o transferir la información personal que proporcione (1) para que se pongan en contacto conmigo y me proporcionen materiales informativos y de marketing, oportunidades de ensayos clínicos relacionadas con mi afección o tratamiento, por cualquier medio de comunicación, información y/o educación sobre Esbriet™, incluidos, entre otros, por correo electrónico o por teléfono; (2) para ayudar a que Legacy Pharma Inc. SEZC mejore, desarrolle, y evalúe los productos, servicios, materiales, y programas relacionados con mi afección o tratamiento; (3) para inscribirme y proporcionarme los programas y servicios relacionados con Esbriet™ que puedo seleccionar o rechazar en cualquier momento; (4) para divulgar la inscripción y uso de estos servicios a mis médicos y aseguradoras; y (5) para utilizar la información sobre mí que no sirva para identificarme y sea útil para investigaciones científicas y de mercado. Esta autorización permanecerá en vigencia hasta que la cancele, lo que puedo hacer por escrito en cualquier momento poniéndome en contacto con el Programa para pacientes Legacy al 855-518-7562. Puedo solicitar una copia de esta autorización firmada.

☐ Al marcar esta casilla y presentar el formulario completado, reconozco que he proporcionado información precisa y completa, y que entiendo y acepto los términos de este formulario. He leído, comprendido y acepto la divulgación y el uso de mi información personal, incluida la información personal confidencial, de conformidad con la Autorización para usar y divulgar mi información personal y según lo indicado en este formulario. Al negarme a firmar este formulario, reconozco que Legacy Pharma Inc. SEZC no podrá proporcionarme los servicios de su programa.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante del paciente (si corresponde): _____ Fecha: _____

3 INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA

Nombre*: _____ Apellido*: _____
NPI del médico que receta*: _____ Teléfono*: _____ Fax*: _____
Dirección de la consulta*: _____ Ciudad de la consulta*: _____ Estado de la consulta*: _____
Código postal de la consulta*: _____

4 INFORMACIÓN DE LA RECETA DE ESBRIET™

Código CIE-10*: ☐ J84.112 (fibrosis pulmonar idiopática) ☐ J84.10 (fibrosis pulmonar, no especificada) ☐ Otros: _____

Se debe seleccionar la dosis inicial de ajuste de comprimidos y la dosis de mantenimiento de comprimidos para los pacientes nuevos:

DOSIS INICIAL DE AJUSTE DE COMPRIMIDOS

- ☐ Esbriet® 267 mg, suministro para 90 días (747 comprimidos)
Días de tratamiento: Instrucciones de dosificación:
Días 1 al 7 1 comprimido por vía oral 3 veces al día con las comidas
Días 8 al 14 2 comprimidos por vía oral 3 veces al día con las comidas
A partir del día 15 3 comprimidos por vía oral 3 veces al día con las comidas

☐ Sin alergias conocidas a los medicamentos

☐ Alergias: _____
Medicamentos que toma actualmente: _____

DOSIS DE MANTENIMIENTO DE COMPRIMIDOS

- ☐ Esbriet® 267 mg, suministro para 90 días (810 comprimidos)
Instrucciones: 3 comprimidos por vía oral 3 veces al día con las comidas
☐ Esbriet® 801 mg, suministro para 90 días (270 comprimidos)
Instrucciones: 1 comprimido por vía oral 3 veces al día con las comidas
*Si selecciona una dosis de mantenimiento de 801 mg, asegúrese de que el paciente actualmente tolera 267 mg (3 dosis por vía oral 3 veces al día con las comidas)

☐ Otras instrucciones especiales: _____
☐ Renovaciones: 1 año ☐ Renovaciones: otra _____

5 AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA. MARQUE TODOS LOS QUE

☐ **Autorización del médico que receta:** Certifico que Esbriet® es medicamento necesario para este paciente, que he revisado esta terapia con el paciente, y que supervisaré su tratamiento. Certifico que la información sobre el paciente y el médico que receta de este formulario ha sido completada por mí o bajo mi dirección y que la información aquí contenida es completa y exacta a mi leal saber y entender. Entiendo que debo cumplir con los requisitos de receta específicos del estado de mi ejercicio profesional, como la receta electrónica, los formularios de receta propios del estado, el idioma para el fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado podría dar lugar a que la farmacia dispensadora se ponga en contacto conmigo. Autorizo a Legacy Pharma Inc. SEZC, el actual operador del Programa para pacientes Esbriet®, y a otros operadores designados del programa, a actuar en mi nombre con el único propósito de transmitir esta receta a la farmacia designada y que esta la reciba por cualquier medio según la legislación aplicable, incluso a través de un tercero designado u otro operador del programa. Entiendo que los representantes del programa pueden ponerse en contacto conmigo o con mi paciente para obtener información adicional relacionada con esta receta. Reconozco y acepto que la farmacia designada podrá enviar y recibir esta receta por cualquier medio según la legislación aplicable, incluso a través de un tercero designado u otro operador del programa, y que la farmacia designada no requerirá ninguna confirmación adicional de la recepción de la receta. Puedo solicitar que se organicen servicios de capacitación del Programa para pacientes Legacy para mi paciente. Entiendo que los servicios de capacitación de Esbriet® están disponibles para realizarse por teléfono, mediante la notificación al equipo del Programa para pacientes Legacy llamando al 855-518-7562.

☐ **Los siguientes consentimientos son un requisito del Programa para pacientes Legacy. Al dar fe de lo siguiente, entiendo que mi paciente debe cumplir todos los requisitos para que el equipo del programa lo contacte y lo inscriba en el programa.**

- El medicamento Legacy mencionado con anterioridad es medicamento necesario para este paciente.
- He recibido autorización para divulgar la información anterior y otra información médica protegida (según lo definido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA]) al Programa para pacientes Legacy y sus afiliados.
- No solicitaré el reembolso del medicamento gratuito proporcionado al paciente.
- Mi paciente cumple los requisitos del Programa para pacientes Legacy y, a mi leal saber y entender, este paciente no tiene cobertura de seguro con receta (incluidos Medicaid, Medicare u otros programas públicos o privados) para el medicamento Legacy mencionado con anterioridad o no puede costear los requisitos de copago asociados con su cobertura de seguro para este medicamento. Si el paciente está inscrito en un plan de seguro, el plan no exige que el paciente solicite el Programa para pacientes Legacy y/o no ha modificado ni ocultado la cobertura del paciente para el medicamento Legacy con el fin de que parezca que tiene un seguro insuficiente y que es elegible para el Programa para pacientes Legacy.
- Entiendo que Legacy se reserva el derecho de modificar o interrumpir el programa en cualquier momento.
- Entiendo que Legacy se reserva el derecho de verificar la exactitud de la información presentada.
- Si la indicación para la que receta un producto Legacy no figura en la etiqueta aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), está recetando el medicamento para un uso "no aprobado", lo que significa que la FDA no ha aprobado la eficacia, la dosis ni la seguridad de este medicamento cuando se utiliza para tal fin. El Programa para pacientes Legacy puede proporcionar el medicamento a su paciente, según su pedido médico y los requisitos del programa.
- Para los pacientes asegurados, entiendo que el Programa para pacientes Legacy no proporciona medicamentos gratuitos en caso de un error administrativo.
- Entiendo que, si soy un médico que receta en estados con requisitos de receta electrónica, como Nueva York, las recetas deben presentarse mediante receta electrónica directamente a la farmacia junto con este formulario de inscripción.

☐ Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de firmarla. Puedo revocar (retirar) esta autorización en cualquier momento poniéndome en contacto con el equipo del Programa para pacientes Legacy por teléfono al 855-518-7562. La revocación de esta autorización terminará con la divulgación posterior de mi información de salud a las partes fabricantes por parte de mi farmacia, médicos y compañía de seguro médico cuando reciban una copia de la revocación, pero no se aplicará a la información que ya hayan divulgado a las partes fabricantes en virtud de esta autorización. También sé que puedo cancelar mi inscripción en un programa de apoyo al paciente en cualquier momento llamando al equipo del Programa para pacientes Legacy al 855-518-7562. Esta autorización tiene una vigencia de 1 año o un período más corto si así lo establece la legislación estatal.

Firma del médico que receta: _____ Fecha: _____
Dispensar tal y como está escrito

Firma del médico que receta: _____ Fecha: _____
Se permite la sustitución

Nombre del médico supervisor (si corresponde)

Identificador nacional de proveedor (National Provider Identifier, NPI): _____