

LOS PACIENTES COMPLETAN ESTE FORMULARIO EN LÍNEA en [PfizerOncologyPatientEnroll.com](http://PfizerOncologyPatientEnroll.com) (no se necesita una versión impresa si el formulario se completa en línea)

 **CARGUE** en línea en [patientsupportnow.org](http://patientsupportnow.org)  
Introduzca el código: 8777366506

 **ENVÍE POR FAX** los formularios completados al 1-877-736-6506

 **ENVÍE POR CORREO POSTAL** a Pfizer Oncology Together PO Box 220366, Charlotte, NC 28222-0366

**PARA PACIENTES:** complete el formulario en línea o envíelo por fax o correo postal. Todas las páginas deben enviarse a Pfizer Oncology Together™.

Marque aquí si vuelve a postularse para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer.

Verifique el (los) medicamento(s) recetado(s)

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> BESONSA (inotuzumab ozogamicina) | <input type="checkbox"/> DAURISMO (glasdegib, sodio) | <input type="checkbox"/> LORBRENA (lorlatinib)             | <input type="checkbox"/> TALZENNA (talazoparib) |
| <input type="checkbox"/> BOSULIF (bosutinib)              | <input type="checkbox"/> IBRANCE (palbociclib)       | <input type="checkbox"/> MEKTOVI (binimetinib)             | <input type="checkbox"/> VIZIMPRO (dacomitinib) |
| <input type="checkbox"/> BRAFTOVI (encorafenib)           | <input type="checkbox"/> INLYTA (axitinib)           | <input type="checkbox"/> MYLOTARG (gemtuzumab ozogamicina) | <input type="checkbox"/> XALKORI (crizotinib)   |

**1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE (\*CAMPO OBLIGATORIO)**

Nombre\* \_\_\_\_\_ Inicial segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido\* \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)\* \_\_\_\_\_ Sexo\*:  Hombre  Mujer  Otro

Dirección\* \_\_\_\_\_ Ciudad\* \_\_\_\_\_ Estado\* \_\_\_\_\_ Código postal\* \_\_\_\_\_

Teléfono principal\* \_\_\_\_\_  R  M  T Mejor horario para comunicarse:  Mañana  Tarde  Noche

Correo electrónico del paciente \_\_\_\_\_ Idioma preferido si no es inglés \_\_\_\_\_

Nombre del cuidador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico del cuidador \_\_\_\_\_

**2 INFORMACIÓN DE SEGURO (\*REQUERIDO)**  Marque aquí si está aplicando de nuevo y la información de su seguro no ha cambiado  Sin seguro

NOTA: Los pacientes con seguro comercial no son elegibles para inscribirse en el Programa de asistencia al paciente de Pfizer, aun cuando el plan de seguro comercial no cubra la medicación.

Mi proveedor o farmacia ha revisado conmigo los costos del producto requerido por mi compañía de seguro y certifico que no puedo pagarlo.\*

Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, los cuatro campos a continuación son obligatorios y pueden ser completados por su proveedor de atención médica, usted/el paciente o ambos.

La compañía aseguradora requirió un copago (después de la autorización previa, si se requiere) \_\_\_\_\_ máximo de bolsillo (Out-of-pocket, OOP) para las recetas \_\_\_\_\_ Monto alcanzado para OOP máx \_\_\_\_\_ Fecha Información obtenida del pagador/SPP \_\_\_\_\_

Tipo de seguro\*:  Comercial  Medicare Parte D  Medicare Advantage  Medicare A/B solamente  Medicaid  Beneficios de VA  Otro \_\_\_\_\_  Ninguno

	Seguro médico principal*	Seguro de receta médica principal*	Seguro de receta médica secundaria
	(*CAMPO OBLIGATORIO solo si NO se envían copias del anverso y reverso de las tarjetas de seguro junto con el formulario cumplimentado)		
Nombre del asegurado*			
Nombre del seguro*			
Teléfono del seguro*			
N.º de identificación de la póliza*			
N.º de grupo*			
N.º DE BIN*			
N.º DE PCN*			
<b>Seguro de Medicare Parte D solamente (requerido para todos los pacientes de Medicare Parte D)</b>			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

**SOLO PARA PACIENTES QUE RECIBEN MEDICARE PARTE D/MEDICARE ADVANTAGE (\*REQUERIDO)**

Al firmar a continuación, certifico que:

- Se han inscrito en el Plan de pagos de recetas de Medicare (permite a los pacientes pagar los costos de sus fármacos recetados en pagos mensuales limitados en lugar de todos de una sola vez).
- Entender los costos de mi receta después de que mi proveedor de atención médica haya obtenido la Autorización previa (si así lo requiere mi aseguradora) y que, una vez que alcance mi máximo de bolsillo, tendré que pagar \$0 por los medicamentos cubiertos durante el resto del año,
- NO he pagado los costos totales de mis recetas de \$2,000 para el año en que solicito asistencia (mi máximo de bolsillo no se ha alcanzado).
- Y no puedo pagar el costo de mi receta para el (los) producto(s) de Pfizer recetado(s).

**FIRMAR** 

Firma del paciente\* (El paciente o representante del paciente debe tener 18 años o más)†

Nombre del representante del paciente (en letra de imprenta)\*

Fecha\*

Si lo firma el representante legal del paciente, debe indicar a continuación la autoridad con la que actúa en nombre del paciente<sup>§</sup>:

Designado por el tribunal  Padre/madre/tutor  Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones  Otro \_\_\_\_\_ de atención de la salud

† Los pacientes de 18 años o más deben firmar a menos que estén incapacitados; de lo contrario, un representante con una de las autoridades legales indicadas a continuación puede firmar en su nombre.

§ NO se requiere si lo firma el paciente.

¶ Se requiere si lo firma el representante del paciente.

## PARA PACIENTES

**3 INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE (\*CAMPO OBLIGATORIO)**

Para ser considerado para la inscripción en el Programa de Asistencia a Pacientes de Pfizer, los pacientes deben tener un ingreso anual en el hogar antes de impuestos del 300 % o menos del Nivel Federal de Pobreza.

Cantidad total de personas dentro del hogar (incluido el solicitante)\* \_\_\_\_\_ Total de ingresos familiares anuales antes de impuestos\* \$ \_\_\_\_\_

Si decide no consentir a la verificación de ingresos electrónicos de la Sección 4, debe enviar la documentación de ingresos de todos los miembros que contribuyen en el hogar para respaldar la información financiera que ha mencionado.

Adjunto se encuentra:  La última declaración de impuestos federal (formulario 1040/1040-SR); **obligatorio a menos que no se presente la declaración de impuestos**  Formulario W-2  Otro

**4 AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA VERIFICACIÓN ELECTRÓNICA I (opcional, pero puede reducir el tiempo de revisión de la solicitud)**

Al firmar y fechar a continuación, yo, el solicitante nombrado anteriormente, entiendo que estoy proporcionando "instrucciones escritas" a Pfizer Inc. bajo la Ley de Información Justa de Créditos (Fair Credit Reporting Act), autorizando a Pfizer Inc. a obtener información de mi perfil de crédito u otra información de Experian® Income View™. Autorizo a Pfizer a obtener dicha información únicamente con el fin de determinar las calificaciones financieras para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer. También acepto proporcionar documentación financiera adicional de manera oportuna, si así se solicita. Comprendo que debo aceptar afirmativamente los términos de este aviso firmando a continuación para continuar con el proceso de evaluación financiera del Programa de asistencia al paciente de Pfizer. Comprendo que tengo derecho a obtener una copia de esta autorización, si la solicito. Esta autorización será válida a partir de la fecha de la firma de este formulario hasta el período de inscripción (a menos que la ley establezca un período más corto). Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando por correo una carta para solicitar dicha cancelación a Pfizer Oncology Together, PO Box 220366, Charlotte, NC 28222-0366, pero que esta cancelación no se aplicará a ninguna información que ya se haya usado o divulgado a través de esta autorización. Autorización del paciente para la evaluación financiera: Mi firma certifica que he leído y entendido las afirmaciones anteriores y que acepto los términos descritos.

FIRMAR 

Firma del paciente\* (El paciente o representante del paciente debe tener 18 años o más)† \_\_\_\_\_ Nombre del representante del paciente (en letra de imprenta)\* \_\_\_\_\_ Fecha\* \_\_\_\_\_

Si lo firma el representante legal del paciente, debe indicar a continuación la autoridad con la que actúa en nombre del paciente‡:

Designado por el tribunal  Padre/madre/tutor  Poder notarial, incluida la autoridad para tomar  Otro \_\_\_\_\_  
decisiones de atención de la salud

**5 AVISO DE PRIVACIDAD PARA EL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO PARA PROCESAR INFORMACIÓN MÉDICA (\*CAMPO OBLIGATORIO)**

Al marcar la casilla a continuación, usted entiende que Pfizer, Inc., Pfizer Oncology Together™, las filiales de Pfizer y sus proveedores (colectivamente, "Pfizer") utilizarán la información médica que usted y sus proveedores de atención médica nos faciliten para proporcionarle las actividades de apoyo al paciente. Tiene derecho a retirar estos permisos en cualquier momento. Para ello, puede ponerse en contacto con Pfizer Oncology Together™ al 1-877-744-5675. Puede encontrar más información sobre cómo Pfizer Inc. gestiona su información personal en nuestra Política de privacidad en [pfizer.com/privacy](http://pfizer.com/privacy).

Comprendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento llamando al 1-877-744-5675, y que si retiro mi consentimiento será efectivo para cualquier divulgación futura, pero no afectará las divulgaciones ya realizadas.

\*Comprendo y acepto los términos del Aviso de privacidad y doy mi consentimiento para el procesamiento de mi información médica.

**6 CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA RECIBIR LLAMADAS Y MENSAJES DE TEXTO (\*CAMPO OBLIGATORIO)**

Al proporcionar mi número de teléfono móvil y marcar la casilla a continuación, yo o mi cuidador aceptamos recibir llamadas y mensajes de texto de Pfizer o de terceros que actúen en su nombre, para determinar mi elegibilidad y proporcionar verificación de beneficios, asistencia para autorizaciones previas o apelaciones, recursos de asistencia financiera, recordatorios de renovación por parte de Pfizer Oncology Together™, información y otras actividades de apoyo al paciente (como el apoyo para copago o programas de medicamentos gratuitos) y para otros fines no comerciales (como el estado de inscripción y las actualizaciones de envío) en los números de teléfono que yo o mi cuidador proporcionemos.

\*Introduzca el número de teléfono móvil que desea inscribir para recibir mensajes de texto \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\*Yo (o mi cuidador) acepto recibir llamadas y mensajes de texto de Pfizer o de terceros que actúen en su nombre, según lo expresado anteriormente.

Comprendo que yo y, si corresponde, mi cuidador podemos optar por dejar de recibir estas comunicaciones en cualquier momento si nos comunicamos con Pfizer Oncology Together™ al 1-877-744-5675. Comprendo que mi consentimiento no es obligatorio ni una condición para adquirir bienes o servicios de Pfizer. Pueden aplicarse cargos por mensajes y uso de datos. Los términos completos se pueden encontrar en [www.pfizeroncologytogether.com/care-champion-text-terms](http://www.pfizeroncologytogether.com/care-champion-text-terms) y la Política de privacidad de Pfizer en [www.pfizer.com/privacy](http://www.pfizer.com/privacy). Envíe un mensaje de texto con la palabra STOP si desea cancelar los mensajes de texto.

**7 INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA PERSONALIZADO DE APOYO AL PACIENTE (Opcional)**

Puede inscribirse para recibir apoyo personalizado de un administrador de reembolsos de campo de Pfizer (especialista de apoyo) a lo largo de su tratamiento. Después de que se inscriba en Pfizer Oncology Together y se suscriba a este servicio, un especialista en apoyo se comunicará con usted para brindarle diversas opciones de apoyo personalizado, que incluye acceso y asistencia financiera para pacientes elegibles o derivaciones a organizaciones de pacientes para obtener recursos y apoyo. Trabajar con un especialista en apoyo es opcional.

Al marcar esta casilla, solicito apoyo personalizado y acepto recibir comunicaciones telefónicas del especialista en apoyo de Pfizer. Comprendo que mi consentimiento no es obligatorio ni una condición para adquirir bienes o servicios de Pfizer. Comprendo que puedo optar por dejar de recibir apoyo y comunicaciones de Pfizer en cualquier momento si me pongo en contacto con Pfizer Oncology Together™ al 1-877-744-5671.

†Los pacientes de 18 años o más deben firmar a menos que estén incapacitados; de lo contrario, un representante con una de las autoridades legales indicadas a continuación puede firmar en su nombre.

‡NO se requiere si lo firma el paciente.

§Se requiere si lo firma el representante del paciente.

El Programa de asistencia al paciente de Pfizer es un programa conjunto entre Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation™. Los medicamentos gratuitos de Pfizer se proporcionan a través de Pfizer Patient Assistance Foundation™. Pfizer Patient Assistance Foundation™ es una entidad legal independiente de Pfizer Inc. con restricciones legales distintas.

Para obtener detalles sobre cómo recopilamos y utilizamos la información personal, incluidos los derechos y avisos de privacidad estatales correspondientes de los EE. UU. para los residentes de California, visite [www.pfizer.com/privacy](http://www.pfizer.com/privacy).

## PARA PACIENTES

## 8 CERTIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE PFIZER (\*REQUERIDO)

La información que usted proporcione será utilizada por Pfizer (“Pfizer”), Pfizer Patient Assistance Foundation™ y terceros que actúen en su nombre para determinar la elegibilidad, administrar y mejorar el Programa de asistencia al paciente de Pfizer, comunicarse con usted para consultarle sobre su experiencia con el Programa de asistencia al paciente de Pfizer o para enviarle materiales, otra información útil y actualizaciones relacionadas con los programas de Pfizer.

**Declaración del paciente:** al firmar a continuación, certifico que no puedo pagar mi medicamento y afirmo que mis respuestas y mis comprobantes de ingresos son completos, verdaderos y exactos a mi leal saber y entender. Entiendo que: Completar este formulario de inscripción no garantiza que reuniré los requisitos para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer. Pfizer puede verificar la precisión de la información que he proporcionado y puede solicitar más información financiera y del seguro. No está permitido vender, comercializar, intercambiar ni transferir ninguno de los medicamentos suministrados por los programas de asistencia al paciente de Pfizer. Pfizer se reserva el derecho de modificar o cancelar el Programa de asistencia al paciente de Pfizer, o de dar por terminada mi inscripción, en cualquier momento. El apoyo brindado a través de este programa no depende de una compra futura. Si estoy inscrito en un plan de la Parte D de Medicare y soy elegible para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer, Pfizer notificará a mi plan de la Parte D sobre mi inscripción en el Programa de asistencia al paciente de Pfizer. Si soy un paciente con seguro comercial que realiza una solicitud después del 1.º de enero de 2024, no puedo recibir asistencia a través del Programa de asistencia al paciente de Pfizer incluso si mi prescripción no está cubierta por el plan de seguro comercial. Cualquier plan de seguro financiado por el empleador o comercial que requiera que los pacientes soliciten el Programa de asistencia al paciente de Pfizer como requisito previo o requisito para la cobertura de un producto de Pfizer, comúnmente conocido como programas de

financiación alternativos (también denominados redes de especialidades y escisiones de especialidades) no son aptos para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer. El Programa de asistencia al paciente de Pfizer es solo para beneficio del paciente. Acepto informar a Pfizer si tengo conocimiento de que soy miembro de dicho plan de seguros, o si solicito el programa de asistencia al paciente de Pfizer en nombre de un miembro inscrito en dicho plan de seguros.

**Certifico y atestigo que si recibo medicamento(s) proporcionado(s) por Pfizer a través del Programa de asistencia al paciente de Pfizer:** Me comunicaré de inmediato con el Programa de asistencia al paciente de Pfizer si mi situación financiera o mi cobertura de seguro cambian. No solicitaré que se contabilice este medicamento, ni ningún costo derivado de él, en mis gastos de bolsillo reales de la Parte D de Medicare para medicamentos recetados. No enviaré reclamaciones, buscaré reembolsos o créditos por el (los) medicamento(s) a mi proveedor o pagador del seguro de medicamentos recetados, incluidos los planes de la Parte D de Medicare. Notificaré a mi proveedor de seguro la recepción de cualquier medicamento a través del Programa de asistencia al paciente de Pfizer. He firmado una copia actual y completa del formulario de la autorización para compartir información médica en los registros con mi HCP a fin de que este pueda compartir mi información médica con los programas de asistencia de Pfizer, Pfizer y Pfizer Patient Assistance Foundation™ Inc.

FIRMAR X

Firma del paciente\* (El paciente o representante del paciente debe tener 18 años o más)<sup>†</sup>Nombre del representante del  
paciente (en letra de imprenta)\*

Fecha\*

Si lo firma el representante legal del paciente, debe indicar a continuación la autoridad con la que actúa en nombre del paciente<sup>‡</sup>:

Designado por el tribunal  Padre/madre/tutor  Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención de la salud  Otro \_\_\_\_\_

<sup>†</sup>Los pacientes de 18 años o más deben firmar a menos que estén incapacitados; de lo contrario, un representante con una de las autoridades legales indicadas a continuación puede firmar en su nombre.

<sup>‡</sup>NO se requiere si lo firma el paciente.

<sup>§</sup>Se requiere si lo firma el representante del paciente.

El Programa de asistencia al paciente de Pfizer es un programa conjunto entre Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation™. Los medicamentos gratuitos de Pfizer se proporcionan a través de Pfizer Patient Assistance Foundation™. Pfizer Patient Assistance Foundation™ es una entidad legal independiente de Pfizer Inc. con restricciones legales distintas.

Para obtener detalles sobre cómo recopilamos y utilizamos la información personal, incluidos los derechos y avisos de privacidad estatales correspondientes de los EE. UU. para los residentes de California, visite [www.pfizer.com/privacy](https://www.pfizer.com/privacy).

## PARA PACIENTES

**9 AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA (\*CAMPO OBLIGATORIO)**

Al firmar y fechar este formulario, otorgo mi permiso para que mis médicos, farmacias, laboratorios y otros proveedores de atención médica (“proveedores de atención médica”) y mis compañías de seguro médico compartan mi información médica con Pfizer Inc., Pfizer Patient Assistance Foundation™, las filiales de Pfizer y sus proveedores (en conjunto, “Pfizer”). Comprendo que mi información médica incluye información relacionada con mi afección médica, tratamiento y cobertura de seguro, así como información identificatoria sobre mí (incluido mi nombre, dirección y fecha de nacimiento). Mi información médica se compartirá con Pfizer para que Pfizer pueda proporcionarme diversos tipos de apoyo e información para poder acceder a un medicamento de Pfizer, que puede incluir lo siguiente, dependiendo del programa (en conjunto, “actividades de apoyo al paciente”):

- Proporcionar investigaciones/verificación de beneficios y apoyo para obtener reembolsos, incluido lo siguiente:
  - Brindarme asistencia en la identificación de los requisitos de autorización previa de mi compañía de seguro
  - Brindarme asistencia en la identificación de los requisitos de mi compañía de seguro para apelar una reclamación denegada
- Determinar mi elegibilidad y ayudarme para acceder a los programas de apoyo para el copago o de medicamentos gratuitos.
- Comunicarse con mis proveedores de atención médica en relación con un medicamento de Pfizer y las actividades de apoyo al paciente.
- Proveerme recursos e información de asistencia financiera, si soy elegible.
- Proveerme materiales sobre manejo de enfermedades y otros materiales educativos, así como información sobre los productos, servicios y programas de Pfizer, y puede incluir enviarme encuestas sobre mi experiencia con los productos, servicios y programas de Pfizer.
- Pfizer también puede utilizar mi información médica para fines de control de calidad, y para evaluar y mejorar sus operaciones y servicios.

Comprendo que no tengo obligación de firmar este formulario, y mi decisión de no firmar no afectará mi capacidad para recibir tratamiento de mis proveedores de atención médica o el pago de mi compañía de seguro médico. Sin embargo, si no firmo y fecho este formulario, es posible que Pfizer Oncology Together™ no pueda brindarme asistencia. Comprendo que una vez que se comparta mi información médica, puede dejar de estar protegida por la ley federal de privacidad. Otorgo mi consentimiento para que Pfizer utilice mi información médica para los fines descritos en este formulario, o según lo exija o lo permita la ley. Las farmacias seleccionadas pueden recibir una remuneración por parte de Pfizer a cambio de mi información médica o de cualquier actividad de apoyo al paciente que se me proporcione. Comprendo que este formulario permanecerá vigente durante 4 años a partir de la fecha de mi firma, a menos que la ley estatal requiera un período de tiempo inferior o que yo notifique por escrito que me gustaría retirar mi aprobación para compartir mi información médica antes. Si quisiera retirar mi aprobación, puedo comunicarme con mi médico o puedo comunicarme con Pfizer Oncology Together™ en P.O. Box 220366, Charlotte, NC 28222-0366 y llamar al 1-877-744-5675, de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 8:00 P. M., hora del Este. Este retiro no afectará el uso o la divulgación de mi información médica que haya tenido lugar antes de que yo retirara mi aprobación. Comprendo que recibiré una copia de este formulario.



**Firma del paciente\*** (El paciente o representante del paciente debe tener 18 años o más)<sup>‡</sup>

**Fecha\***



**Nombre del representante legal del paciente (en letra de imprenta)<sup>‡</sup>**

**Fecha**

**Si lo firma el representante legal del paciente, debe indicar a continuación la autoridad con la que actúa en nombre del paciente<sup>§</sup>:**

Designado por el tribunal  Padre/madre/tutor  Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención de la salud


Otra

<sup>‡</sup>Los pacientes de 18 años o más deben firmar a menos que estén incapacitados; de lo contrario, un representante con una de las autoridades legales indicadas a continuación puede firmar en su nombre.

<sup>§</sup>NO se requiere si lo firma el paciente.

<sup>§</sup>Se requiere si lo firma el representante del paciente.

Para obtener detalles sobre cómo recopilamos y utilizamos la información personal, incluidos los derechos y avisos de privacidad estatales correspondientes de los EE. UU. para los residentes de California, visite [www.pfizer.com/privacy](http://www.pfizer.com/privacy).

 CARGUE en línea en [patientsupportnow.org](http://patientsupportnow.org)  
Introduzca el código: 8777366506

 ENVÍE POR FAX los formularios  
completados al 1-877-736-6506

 ENVÍE POR CORREO POSTAL a Pfizer Oncology  
Together PO Box 220366, Charlotte, NC 28222-0366

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre\* \_\_\_\_\_ Inicial segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido\* \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)\* \_\_\_\_\_  
Dirección\* \_\_\_\_\_ Ciudad\* \_\_\_\_\_ Estado\* \_\_\_\_\_ Código postal\* \_\_\_\_\_

**PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA:** Complete el formulario cuando corresponda y envíelo por fax o correo si la información no se presenta en línea en [pfizeroncologytogether-portal.com](http://pfizeroncologytogether-portal.com). Todas las páginas deben enviarse a Pfizer Oncology Together™.

**NOTA IMPORTANTE:** Los pacientes con seguro comercial no son elegibles para recibir asistencia. Los pacientes deben tener un diagnóstico aprobado por la FDA para ser considerados para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer.

**10 CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA (\*REQUERIDO)**

Pfizer Inc. ("Pfizer") utilizará la información que proporcione para mejorar y adaptar nuestros productos y servicios con el fin de servirle mejor. La información que usted proporcione será utilizada por Pfizer Patient Assistance Foundation™ y terceros que actúen en su nombre para administrar y mejorar el Programa de asistencia al paciente de Pfizer, comunicarse con usted para consultarle sobre su experiencia con el Programa de asistencia al paciente de Pfizer y/o para enviarle materiales, otra información útil y actualizaciones relacionadas con los programas de Pfizer.

Al firmar a continuación, usted, el médico recetador, entiende y acepta lo siguiente: Recibiré el medicamento de mi paciente y lo mantendré seguro en mi consultorio hasta que sea dispensado a mi paciente, cuando corresponda. Cualquier medicamento suministrado por Pfizer como resultado de este formulario de inscripción es para uso exclusivo del paciente cuyo nombre se indica en este formulario y no se permite su venta, comercialización, intercambio, transferencia, devolución para obtener un crédito ni su envío a un tercero (como Medicare, Medicaid u otro proveedor de beneficios) para su reembolso, ni se aplicará ningún costo relacionado con este a los gastos de bolsillo reales del paciente. Certifico que la información proporcionada es actual, completa y exacta a mi leal saber y entender. **Certifico que mi decisión de recetar un producto de Pfizer se basa únicamente en mi juicio clínico independiente y que he recetado el producto para una indicación aprobada por la FDA.** Comprendo que completar este formulario de inscripción no garantiza que mi paciente reciba asistencia. Comprendo que los pacientes con seguro comercial no son elegibles para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer, aun cuando el plan de seguro comercial no cubra su medicamento recetado. Cualquier plan de seguro financiado por el empleador o comercial que requiera que los pacientes soliciten el Programa de asistencia al paciente de Pfizer como requisito previo o requisito para la cobertura de un producto de Pfizer, comúnmente conocido como programas de financiación alternativos (también denominados redes de especialidades y escisiones de especialidades) no son aptos para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer. El Programa de asistencia al paciente de Pfizer es solo para beneficio del paciente. Acepto informar a Pfizer si tengo conocimiento de que el paciente es miembro de dicho plan de seguro, o si solicito el Programa de asistencia al paciente de Pfizer en nombre de un miembro inscrito en dicho plan de seguro. Si el paciente tiene Medicare Part D, Pfizer notificará al Plan Medicare Part D su participación en el Programa de asistencia al paciente de Pfizer. Cumpliré y acataré las leyes de mi estado para profesionales de atención médica autorizados a dispensar medicamentos, cuando corresponda. El medicamento se proporcionará únicamente a este paciente elegible e inscrito sin ningún tipo de cargo. Pfizer puede ponerse en contacto directamente con el paciente para confirmar la recepción de los medicamentos. La información proporcionada en este formulario de inscripción está sujeta a verificación y auditorías aleatorias. Pfizer puede modificar o cancelar este programa en cualquier momento; Pfizer también se reserva el derecho a dar por terminada la inscripción de mi paciente en cualquier momento. Notificaré inmediatamente al Programa de asistencia al paciente de Pfizer si el medicamento de Pfizer ya no es médicamente necesario para el tratamiento de este paciente o si cambia el seguro o el estado financiero de mi paciente. Tengo una copia firmada en archivo del formulario de autorización de mi paciente para compartir información de salud actual y completa a fin de que yo pueda compartir información médica del paciente con el Programa de asistencia al paciente de Pfizer, Pfizer y Pfizer Patient Assistance Foundation Inc.

**FIRMAR** X

Firma del proveedor de atención médica \*

Fecha \*

**11 INFORMACIÓN DE ENVÍO (\*OBLIGATORIA)**

Enviar a\*:  Paciente  Médico recetador  Otro (indique la dirección de envío, NO LAS FARMACIAS) \_\_\_\_\_

Dirección\* \_\_\_\_\_ Ciudad\* \_\_\_\_\_ Estado\* \_\_\_\_\_ Código postal\* \_\_\_\_\_

**12 AUTORIZACIÓN PREVIA Y COSTOS REQUERIDOS POR LA ASEGURADORA (\*REQUERIDOS)**

Los costos del producto se obtuvieron del pagador/farmacia y mi paciente ha certificado que no puede pagar esto \*:  Sí  No

La compañía aseguradora requirió un copago \_\_\_\_\_ Máximo de bolsillo (Out-of-pocket, OOP) para las recetas\* \_\_\_\_\_  
(después de la autorización previa, si se requiere)\*

Monto alcanzado para OOP máx \* \_\_\_\_\_ Fecha Información obtenida del pagador/SPP \* \_\_\_\_\_

¿Requiere el pagador una:  Sí  No Número de autorización previa\*\* \_\_\_\_\_ Fechas de autorización previa\*\* \_\_\_\_\_  
autorización previa\*\*

**13 CERTIFICACIÓN EN ETIQUETA Es necesario, y si no se firma/fecha, el paciente no es elegible para ser considerado para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer.**

Certifico que soy el profesional de atención médica que ha recetado la terapia identificada en este formulario. Además, certifico que he hecho un juicio independiente de que la terapia mencionada es médicamente necesaria y que la información proporcionada en este formulario es precisa, a mi leal saber y entender.

**FIRMAR** X

Firma del proveedor de atención médica \*

Fecha \*

\*Requerido si el pagador requiere una autorización previa

El Programa de asistencia al paciente de Pfizer es un programa conjunto entre Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation™. Los medicamentos gratuitos de Pfizer se proporcionan a través de Pfizer Patient Assistance Foundation™. Pfizer Patient Assistance Foundation™ es una entidad legal independiente de Pfizer Inc., con restricciones legales distintas.

Para obtener detalles sobre cómo recopilamos y utilizamos la información personal, incluidos los derechos y avisos de privacidad estatales correspondientes de los EE. UU. para los residentes de California, visite [www.pfizer.com/privacy](http://www.pfizer.com/privacy).



 CARGUE en línea en [patientsupportnow.org](https://patientsupportnow.org)  
Introduzca el código: 8777366506

 ENVÍE POR FAX los formularios  
completados al 1-877-736-6506

 ENVÍE POR CORREO POSTAL a Pfizer Oncology  
Together PO Box 220366, Charlotte, NC 28222-0366

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE** Nombre\* \_\_\_\_\_ Inicial segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido\* \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)\* \_\_\_\_\_  
Dirección\* \_\_\_\_\_ Ciudad\* \_\_\_\_\_ Estado\* \_\_\_\_\_ Código postal\* \_\_\_\_\_

**PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA:** Complete el formulario cuando corresponda y envíelo por fax o correo si la información no se presenta en línea en [pfizeroncologytogether-portal.com](https://pfizeroncologytogether-portal.com). Todas las páginas deben enviarse a Pfizer Oncology Together™.

#### 14 INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA (\*REQUIRED)

Nombre\* \_\_\_\_\_ Apellido\* \_\_\_\_\_  
N.º específico del pagador\* \_\_\_\_\_ N.º de NPI\* \_\_\_\_\_ N.º de licencia estatal\* \_\_\_\_\_  
Nombre del consultorio\* \_\_\_\_\_ Dirección\* \_\_\_\_\_ Ciudad\* \_\_\_\_\_ Estado\* \_\_\_\_\_ Código postal\* \_\_\_\_\_  
Nombre de contacto del consultorio\* \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto del consultorio\* \_\_\_\_\_ Fax del consultorio\* \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_ Método preferencial de comunicación:  Teléfono  Fax

#### 15 DIAGNÓSTICO

ICD-10 primario\* \_\_\_\_\_ ICD-10 secundario \_\_\_\_\_

#### 16 INFORMACIÓN DE LA RECETA MÉDICA (\*OBLIGATORIO)

##### MEDICAMENTOS ORALES

Marque el medicamento recetado e indique la concentración y la cantidad.\* A continuación, proporcione las indicaciones completas y la información de dosificación.

<input type="checkbox"/> BOSULIF (bosutinib)	_____ mg, suministro de 30 días <input type="checkbox"/> Comprimidos <input type="checkbox"/> Cápsulas	<input type="checkbox"/> LORBRENA (lorlatinib)	_____ mg, suministro de 30 días
<input type="checkbox"/> BRAFTOVI (encorafenib)	<input type="checkbox"/> 300 mg <input type="checkbox"/> 450 mg <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Suministro para 30 días <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> MEKTOVI (binimetinib)	<input type="checkbox"/> 45 mg <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Suministro para 30 días <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> DAURISMO (sodio de glasdegib)	_____ mg, suministro de 30 días	<input type="checkbox"/> TALZENNA (talazoparib)	_____ mg, suministro de 30 días, cápsulas de gelatina blanda HRR+ masculina+: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> IBRANCE (palbociclib)	_____ mg, suministro de 28 días	<input type="checkbox"/> VIZIMPRO (dacomitinib)	_____ mg, suministro de 30 días
<input type="checkbox"/> INLYTA (axitinib)	_____ mg, suministro de 30 días	<input type="checkbox"/> XALKORI (crizotinib)	_____ mg, suministro de 30 días <input type="checkbox"/> Cápsulas <input type="checkbox"/> Gránulos orales

Instrucciones para la administración de la dosis\* \_\_\_\_\_ Indique la cantidad de reposiciones\* \_\_\_\_\_

Alergias farmacológicas:  Sí  No Si la respuesta es "Sí", detalle el [los] medicamento[s] y la[s] reacción[es] asociada[s] \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales del paciente)\* \_\_\_\_\_

##### MEDICAMENTOS INYECTABLES

NOMBRE DEL FÁRMACO	TAMAÑO DEL VIAL	CANT. DE VIALES	RESURTIDOS	FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO	FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO	INDICACIONES
<input type="checkbox"/> BESPONSA (inotuzumab ozogamicin)						
<input type="checkbox"/> MYLOTARG (gemtuzumab ozogamicin)						

Instrucciones para la administración de la dosis\* \_\_\_\_\_ Indique la cantidad de reposiciones\* \_\_\_\_\_

Alergias farmacológicas\*:  Sí  No Si la respuesta es "Sí", detalle el [los] medicamento[s] y la[s] reacción[es] asociada[s] \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales del paciente)\* \_\_\_\_\_

**FIRMAR** X

Firma del médico que emite la receta\*, SIN SELLOS

Fecha\*

Tenga en cuenta: Al emitir una receta electrónica, si no puede localizar AmeriPharm (número de NPI: 1073692745, número de NCPDP: 4351968), también puede buscar MedVantx entre las farmacias minoristas (número de NPI: 1235371535; número de NCPDP: 4354180). La receta se enviará al mismo lugar. Los profesionales de Nueva York que emitan recetas deben hacerlo de forma electrónica.

Para obtener detalles sobre cómo recopilamos y utilizamos la información personal, incluidos los derechos y avisos de privacidad estatales correspondientes de los EE. UU. para los residentes de California, visite [www.pfizer.com/privacy](https://www.pfizer.com/privacy).