

## Descripción general

El siguiente formulario se usa para realizar la inscripción en Pfizer Oncology Together. Los pacientes también pueden utilizar el formulario para presentar una solicitud de inscripción en el Programa de Asistencia al Paciente de Pfizer.\*

## Servicios de Pfizer Oncology Together

- **Apoyo para el acceso y el reembolso**  
Apoyo para ayudar a los pacientes a obtener su medicamento
- **Asistencia financiera para pacientes**  
Ayuda para conectar a los pacientes con recursos de apoyo financiero (incluido el Programa de Asistencia al Paciente de Pfizer)
- **Apoyo personalizado para pacientes**  
Apoyo personalizado para ayudar a abordar las necesidades cotidianas (se requiere autoinclusión)

## Requisitos de elegibilidad del Programa de Asistencia al Paciente de Pfizer

Para reunir los requisitos para recibir un medicamento gratis, usted debe:

- Tener una receta médica de uno de los medicamentos de Pfizer incluidos en la lista que aparece a la derecha
- Vivir en Estados Unidos o en un territorio estadounidense
- No tener cobertura de medicamentos recetados o no tener cobertura suficiente para pagar por su medicamento de Pfizer
- Cumplir con ciertos límites de ingresos (los límites de ingresos varían según el producto y la cantidad de miembros de su grupo familiar)

## Lista de verificación de inscripción para pacientes

### Recuerde lo siguiente:

- ✓ Complete toda la información financiera en la **sección 3** y adjunte la documentación de sus ingresos anuales totales (si solicita asistencia financiera).
  - **Incluya solamente** la Página 1 del Formulario 1040 del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Services, IRS).
- ✓ Envíe por fax una copia del frente y dorso de la(s) tarjeta(s) de seguro médico y de medicamentos recetados. Si está inscrito en Medicare, proporcione una copia de sus tarjetas médicas y de farmacia.
- ✓ Asegúrese de firmar y fechar la **sección 6A** de Privacidad y consentimiento del paciente.
- ✓ Firme la Autorización en virtud de la HIPAA y entréguesela a su médico.
- ✓ Haga una fotocopia de su formulario de inscripción, ya que no se le devolverá.
- ✓ Pídale a su médico que complete, firme y envíe las **secciones 7 a 12A/B** del proveedor de atención médica (health care provider, HCP).

## Lista de verificación de inscripción para proveedores de atención médica (HCP)

### Asegúrese de lo siguiente:

- ✓ Proporcione la Información de prescripción, incluidas las **Indicaciones/Instrucciones de administración de la dosis** en la **sección 10**.
  - **Tenga en cuenta:** Para realizar una receta electrónica del producto, agregue AmeriPharm a su lista de farmacias en su software de recetas electrónicas. Busque AmeriPharm entre las farmacias de pedidos por correo postal utilizando los siguientes números de identificación (ID): Número de NPI: 1073692745; número de NCPDP: 4351968. AmeriPharm está ubicada en Sioux Falls, SD 57104.
- ✓ Revise el formulario de Privacidad y consentimiento del HCP en la **sección 12A**.
- ✓ Indique al paciente que revise y firme el formulario de Autorización en virtud de la HIPAA.
  - Conserve el formulario firmado original con los registros del paciente y entréguele una copia al paciente.
  - Los registros médicos no son necesarios; no los incluya en el fax.
- ✓ Envíe por fax el formulario de inscripción completo al 1-877-736-6506.

- AROMASIN® (exemestane)
- BESPONSA™ (inotuzumab ozogamicin)
- BOSULIF® (bosutinib)
- CAMPTOSAR® (irinotecan)
- DAURISMO™ (glasdegib)
- ELLENCE® (epirubicin)
- EMCYT® (estramustine phosphate)
- IBRANCE® (palbociclib)
- IDAMYCIN® (idarubicin)
- INLYTA® (axitinib)
- LORBRENA® (lorlatinib)
- MYLOTARG™ (gemtuzumab ozogamicin)
- SUTENT® (sunitinib malate)
- TALZENNA™ (talazoparib)
- TORISEL® (temsirolimus)
- VIZIMPRO® (dacomitinib)
- XALKORI® (crizotinib)
- ZINECARD® (dexrazoxane)

## Su guía de código de colores

El código de colores indica qué secciones del formulario debe completar el **paciente** o su proveedor de atención médica (**HCP**).



**SECCIÓN PARA EL PACIENTE**



**SECCIÓN PARA EL HCP**

El Programa de Asistencia al Paciente de Pfizer es un programa conjunto de Pfizer Inc. y la fundación Pfizer Patient Assistance Foundation™. Pfizer Patient Assistance Foundation es una entidad legal separada de Pfizer Inc., con restricciones legales diferentes.

**SI TIENE PREGUNTAS, LLAME AL**

**1-877-744-5675**

DE LUNES A VIERNES, DE 8 A. M. A 8 P. M.,  
HORA DEL ESTE

\*Antes de presentar una solicitud de inscripción en el Programa de Asistencia al Paciente de Pfizer, asegúrese de agotar todas las opciones de asistencia para copagos disponibles para usted.

1. Información del paciente		
Nombre (primer nombre/inicial del 2.º nombre/apellido)*		Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)*
		Sexo* <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección*		Ciudad*
Estado*	Código postal*	Dirección de correo electrónico
N.º de teléfono principal* <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Trabajo		N.º de teléfono secundario <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Trabajo
Mejor horario para comunicarse <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche		Idioma preferido (si no es inglés)
Nombre del cuidador		N.º de teléfono del cuidador <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Trabajo
<b>Autorizaciones del paciente:</b> <input type="checkbox"/> Otorgo mi permiso para que Pfizer Oncology Together se comuniqué y me deje mensajes sobre los servicios para el paciente y el estado de inscripción. <input type="checkbox"/> Otorgo mi permiso para que Pfizer Oncology Together se comuniqué directamente con mi cuidador en mi nombre.		

2. Información del seguro: <i>Envíe por fax una copia del frente y dorso de la(s) tarjeta(s) de seguro y medicamentos recetados.</i>		
<b>Marque el tipo de seguro</b> <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguno (pase a la Sección 3)		
Seguro principal*	N.º de ID del beneficiario de póliza/Medicare*	N.º de ID de GRP*
SSN del asegurado	N.º de teléfono de la aseguradora	
¿Es el asegurado la misma persona que el paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el paciente	
Nombre del asegurado*		Fecha de nacimiento del asegurado (mm/dd/aaaa)
Seguro secundario	N.º de ID del beneficiario de póliza/Medicare	N.º de ID de GRP
SSN del asegurado	N.º de teléfono de la aseguradora	
¿Es el asegurado la misma persona que el paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el paciente	
Nombre del asegurado*		Fecha de nacimiento del asegurado (mm/dd/aaaa)
<b>¿Está cubierto el medicamento de Pfizer?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es el monto del copago? \$ _____ <input type="checkbox"/> No lo sé		
Seguro de medicamentos recetados*	N.º de ID de la póliza de medicamentos recetados*	
BIN*	PCN*	N.º de ID de GRP de recetas*

3. Información financiera del paciente (Esta información se necesita para encontrar un apoyo de financiación alternativo y para verificar la elegibilidad para la asistencia al paciente).	
Número total de personas dentro del grupo familiar (incluido el solicitante)	Total de ingresos anuales del grupo familiar \$
Envíe documentación para respaldar la información financiera proporcionada. Se adjunta: <input type="checkbox"/> Declaración federal de impuestos más reciente <input type="checkbox"/> Formulario W-2 <input type="checkbox"/> Otro	

4. Opción de autoinclusión en el apoyo personalizado para pacientes (opcional)
<p>El apoyo personalizado para pacientes se ofrece a través de Pfizer Oncology Together por medio de Care Champions. Puede hablar con Care Champions para obtener recursos que puedan ayudarlo con su vida diaria. Care Champion puede proporcionar información sobre su afección, medicamentos oncológicos de Pfizer o temas como nutrición, así como una oferta de tarjetas de copago para los pacientes elegibles. Care Champions también puede conectarlo con organizaciones independientes que brindan servicios, como transporte y alojamiento para sus citas relacionadas con el tratamiento. Estas ofertas pueden variar en función de su medicamento recetado. Si desea autoincluirse en este programa, marque la casilla que aparece a continuación.</p> <p><input type="checkbox"/> Al marcar esta casilla, solicito el apoyo de Care Champion y acepto recibir comunicaciones de Pfizer Oncology Together y de las partes que actúan en su nombre. Estas comunicaciones pueden incluir llamadas a su número de teléfono realizadas con marcado automático para informarle sobre recursos y otros tipos de apoyo, tales como los descritos anteriormente. Comprendo que no estoy obligado a dar mi consentimiento ni a adquirir ningún bien o servicio de Pfizer.</p>

5. Recordatorios para resurtir recetas por mensajes de texto (opcional)
<p><input type="checkbox"/> ¡Envíenme un mensaje de texto para recordarme resurtir mis recetas! Al seleccionar esta casilla, otorgo mi consentimiento para recibir mensajes de texto de recordatorio para resurtir recetas y de envíos si me aceptan en el Programa de Asistencia al Paciente de Pfizer. Recibiré un mensaje de texto de bienvenida en donde se solicitará que responda CONFIRM para confirmar mi autoinclusión. La Política de privacidad está disponible aquí: <a href="http://www.pfizer.com/Privacy">www.pfizer.com/Privacy</a>. Es posible que rijan tarifas de mensajes y datos; la cantidad de mensajes varía según el uso del programa, pero es de hasta 5 mensajes de texto por mes. Responda con la palabra STOP para cancelar el servicio.</p>

6A. Privacidad y consentimiento del paciente (Al firmar a continuación, certifico y reconozco que he leído, comprendo y acepto la Sección 6B, Privacidad y consentimiento del paciente, en la página 4.)	
<b>Firma del paciente*</b> Paciente o representante personal del paciente (si es el representante personal, indique la autoridad para firmar en nombre del paciente).	<b>Fecha*</b>

ENVÍE POR FAX ESTE FORMULARIO **COMPLETO** AL 1-877-736-6506 o por correo postal a Pfizer Oncology Together, PO Box 220366, Charlotte, NC 28222-0366. Si tiene alguna pregunta, llame al 1-877-744-5675, de lunes a viernes, de 8 A. M. a 8 P. M., hora del Este

\*Campos obligatorios


7. Información del HCP/Centro de atención			
Nombre del HCP (primer nombre/inicial del 2.º nombre/apellido)*			Designación profesional
Dirección*			
Ciudad*		Estado*	Código postal*
NPI*	Licencia estatal	ID impositiva del grupo*	DEA
Fax*	Correo electrónico	Farmacia especializada preferida	
Ubicación del centro de atención* <input type="checkbox"/> Consultorio del proveedor <input type="checkbox"/> Hospital como paciente ambulatorio <input type="checkbox"/> Hospital como paciente internado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N/A			
Nombre de contacto*		N.º de teléfono de contacto*	

8. La información de envío es obligatoria para todos los productos, ya sea que se envíen al paciente, al HCP o al centro de atención. <input type="checkbox"/> Marque si es la misma que la anterior	
Enviar al* <input type="checkbox"/> HCP <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Centro de atención	Nombre del paciente*
Contacto de envío*	N.º de teléfono de contacto*
Dirección de envío*	
Ciudad*	Código postal*

9. Antecedentes de diagnósticos y tratamientos			
ICD-10 de diagnóstico principal*		ICD-10 de diagnóstico secundario	
Medicamento(s) actual(es)/previo(s) para el diagnóstico*	Duración del tratamiento (mm/aaaa)	Medicamento(s) actual(es)/previo(s) para el diagnóstico*	Duración del tratamiento (mm/aaaa)
	-		-
	-		-

10. Información de prescripción <input checked="" type="checkbox"/> (Obligatoria si se recetan productos de administración por vía oral).	
Nombre del paciente (primer nombre/inicial del 2.º nombre/apellido)*	Fecha de nacimiento del paciente* / /
<b>Marque el medicamento recetado e indique concentración y cantidad.*</b> A continuación, proporcione las indicaciones completas y la información de administración de la dosis.	
<input type="checkbox"/> AROMASIN® (exemestane) 25 mg, suministro para 90 días	<input type="checkbox"/> LORBRENA® (lorlatinib) _____ mg, suministro para 30 días
<input type="checkbox"/> BOSULIF® (bosutinib) _____ mg, suministro para 30 días	<input type="checkbox"/> SUTENT® (sunitinib malate) _____ mg, <input type="checkbox"/> suministro para 28 días <input type="checkbox"/> suministro para 42 días
<input type="checkbox"/> DAURISMO™ (glasdegib) _____ mg, suministro para 30 días	<input type="checkbox"/> TALZENNA™ (talazoparib) _____ mg, suministro para 30 días
<input type="checkbox"/> EMCYT® (estramustine phosphate) 140 mg, suministro para 90 días	<input type="checkbox"/> VIZIMPRO® (dacomitinib) _____ mg, suministro para 30 días
<input type="checkbox"/> IBRANCE® (palbociclib) _____ mg, suministro para 28 días	<input type="checkbox"/> XALKORI® (crizotinib) _____ mg, suministro para 30 días
<input type="checkbox"/> INLYTA® (axitinib) _____ mg, suministro para 30 días	
<b>Indicaciones/Instrucciones de administración de la dosis*:</b>	
Marque una opción <input type="checkbox"/> Dispensar según está escrito <input type="checkbox"/> Se puede sustituir <b>Indicar el número de resurtidos*</b>	<b>Tenga en cuenta:</b> Al realizar 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: 44354180). La receta se enviará al mismo lugar.
Medicamentos concomitantes*:	
Alergias farmacológicas* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (si la respuesta es "Sí", detalle medicamentos y reacciones asociadas):	
Otras afecciones conocidas*:	

11. Información de administración de la dosis para productos administrados por el médico (i.v.)* <input checked="" type="checkbox"/> (Obligatoria si se recetan productos de administración i.v.).					
<input type="checkbox"/> BESPONSA™ (inotuzumab ozogamicin)	Tamaño del vial	N.º de viales	<input type="checkbox"/> MYLOTARG™ (gemtuzumab ozogamicin)	Tamaño del vial	N.º de viales
<input type="checkbox"/> CAMPTOSAR® (irinotecan)	Tamaño del vial	N.º de viales	<input type="checkbox"/> TORISEL® (temsirolimus)	Tamaño del vial	N.º de viales
<input type="checkbox"/> ELLENCE® (epirubicin)	Tamaño del vial	N.º de viales	<input type="checkbox"/> ZINECARD® (dexrazoxane)	Tamaño del vial	N.º de viales
<input type="checkbox"/> IDAMYCIN® (idarubicin)	Tamaño del vial	N.º de viales			
Fecha de inicio del tratamiento			Frecuencia del tratamiento*		

12A. Privacidad y consentimiento del HCP (Al firmar a continuación, certifico y reconozco que he leído, comprendo y acepto la Sección 12B de receta, privacidad y consentimiento de la página siguiente.)	
 Firma del HCP*	Fecha*
<b>Nota especial:</b> Además de completar esta sección, los profesionales que emitan recetas en Nueva York deben enviar una receta en una receta original en blanco del estado de Nueva York. Los profesionales que emitan recetas en todos los otros estados solamente deben enviar una receta en blanco específica del estado si esto es obligatorio en su estado y la solicitud se envía por correo postal.	

### 6B. Privacidad y consentimiento del paciente (Lea la declaración y firme la Sección 6A en la página 2).

La información que proporcione será utilizada por Pfizer, Pfizer Oncology Together, Pfizer Patient Assistance Foundation™, y las partes que actúan en su nombre para determinar la elegibilidad, administrar y mejorar los programas de asistencia de Pfizer, comunicarse con usted para consultarle sobre su experiencia con los programas de asistencia de Pfizer, ayudarlo a comprender su cobertura de seguro y ayudarlo a acceder a ciertos medicamentos de Pfizer a través de su seguro, y/o para enviarle materiales, otra información útil y actualizaciones relacionadas con los programas de Pfizer.

#### Comprendo que:

Completar este formulario de inscripción no garantiza que reúna los requisitos para acceder a los programas de asistencia de Pfizer. Pfizer puede comunicarse con mi aseguradora para ayudarme a comprender mi cobertura de seguro para ciertos productos, y puede brindarme apoyo para obtener cobertura a través de mi aseguradora, lo que incluye el apoyo para obtener autorizaciones previas y presentar apelaciones (si fueran necesarias y estuvieran disponibles). Pfizer puede verificar la exactitud de la información que he proporcionado y puede solicitar más información financiera y del seguro. Los medicamentos suministrados por los programas de asistencia de Pfizer no pueden ser vendidos, comercializados, intercambiados o transferidos. Pfizer se reserva el derecho de modificar o cancelar los programas de asistencia 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.

#### Permisos:

Otorgo mi consentimiento para recibir llamadas de marcado automático, que no sean de marketing (y, si selecciono la casilla en la Sección 5, también mensajes de texto) de Pfizer Oncology Together, Pfizer o las partes que actúan en su nombre. Afirmo que soy el titular del/de los número(s) de teléfono provisto(s). Soy responsable de notificar a Pfizer Inc. de inmediato si cambio mi número de teléfono, y puedo notificar a Pfizer Inc. de un cambio de número comunicándome con Pfizer Oncology Together.

#### Certifico y doy fe que si recibo medicamento(s) provisto(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 se modifican. No pretenderé que se contabile este medicamento ni ningún costo relacionado con él como gasto de bolsillo de la Parte D de Medicare para los medicamentos de venta con receta. No solicitaré reembolso ni crédito por el/los medicamento(s) a mi proveedor o pagador de seguro de medicamentos recetados, incluidos los planes de la Parte D de Medicare. Notificaré a mi proveedor de seguro de la recepción de cualquier medicamento a través del Programa de Asistencia al Paciente de Pfizer. Hay una copia firmada de un formulario actual y completo de Autorización en virtud de la HIPAA en el registro de mi HCP, de modo que mi HCP pueda compartir mi información médica con los programas de asistencia de Pfizer, Pfizer Inc. y la Pfizer Patient Assistance Foundation, Inc. Al firmar el formulario, certifico que no puedo afrontar el costo de mis medicamentos, y afirmo que mis respuestas y los documentos que prueban mis ingresos están completos, son verdaderos y exactos a mi leal saber y entender.

### 12B. Privacidad y consentimiento del HCP (Lea la declaración y firme la Sección 12A en la página anterior).

Al firmar este formulario, certifico que la terapia con el medicamento seleccionado es necesaria desde el punto de vista médico para este paciente. Supervisaré el tratamiento del paciente en forma acorde, y he revisado la Información de prescripción actual para el medicamento seleccionado. Notificaré a Pfizer de inmediato si el producto de Pfizer ya no es necesario desde el punto de vista médico para el tratamiento de este paciente o si el seguro o la situación financiera del paciente se modifican.

Conservo una copia firmada archivada del formulario actual y completo de Autorización en virtud de la HIPAA de mi paciente, de modo que puedo compartir la información médica del paciente con los programas de asistencia de Pfizer, Pfizer, Inc., y la Pfizer Patient Assistance Foundation, Inc. Pfizer y sus agentes pueden usar dicha información según sea necesario para proporcionar apoyo de reembolso en nombre de su paciente para ciertos productos de Pfizer, entre los que se incluyen servicios como verificación de beneficios, autorizaciones previas y apoyo para presentar apelaciones.

También concedo mi permiso para recibir llamadas relacionados con estos servicios de Pfizer Oncology Together, Pfizer, Pfizer Patient Assistance Foundation, Inc. y de las partes que actúan en su nombre, incluidos los llamados efectuados con un marcador automático o de voz previamente grabada al/a los número(s) de teléfono provisto(s). Además, autorizo a dichas partes a enviar este formulario a una farmacia, a pedido del paciente y (según corresponda) a fin de evaluar la elegibilidad de mi paciente para recibir asistencia para pacientes.

Al firmar la Sección 12A, usted, el profesional que emite la receta, comprende y acepta lo siguiente:

- Certifico que la información proporcionada es actual, exacta y está completa a mi leal saber y entender.
- Certifico que mi decisión de recetar un producto de Pfizer se basa exclusivamente en mi criterio clínico independiente.
- Comprendo que el hecho de completar este formulario de inscripción no garantiza que mi paciente reciba asistencia.
- Recibiré el medicamento de mi paciente y lo conservaré seguro en mi consultorio hasta que sea entregado a mi paciente, cuando corresponda.
- Cumpliré y acataré la legislación de mi estado para profesionales autorizados a recetar medicamentos, cuando corresponda.
- Todo medicamento suministrado por Pfizer como resultado de este formulario de inscripción es exclusivamente para el uso del paciente cuyo nombre se indica en este formulario y no se venderá, comercializará, intercambiará, transferirá, devolverá para obtener crédito ni entregará a ningún tercero (como Medicare, Medicaid u otro proveedor de beneficios) para su reembolso.
- El medicamento se proporcionará únicamente a este paciente elegible e inscrito sin cargo de ningún tipo.
- Pfizer puede comunicarse directamente con el paciente para confirmar la recepción de los medicamentos.
- La información proporcionada en este formulario de inscripción está sujeta a auditorías y verificación al azar.
- Pfizer puede modificar o cancelar este programa en cualquier momento; Pfizer también se reserva el derecho a poner fin a la inscripción de mi paciente en cualquier momento.

# FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN EN VIRTUD DE LA HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE POR PARTE DE SU MÉDICO PERSONAL

NO ENVÍE POR FAX ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN EN VIRTUD DE LA HIPAA; SIRVE ÚNICAMENTE PARA LOS REGISTROS DEL PACIENTE Y DEL HCP

## Para el médico

**Conserve la Autorización firmada original con los registros del paciente y entréguele una copia al paciente. No es necesario que devuelva esta Autorización del paciente a Pfizer.**

## Para el paciente

Pfizer Inc. y/o Pfizer Patient Assistance Foundation, Inc. ofrecen diversos programas de asistencia para pacientes (los “Programas”) para ayudar a los pacientes que reúnen los requisitos a obtener ciertos medicamentos de Pfizer sin costo alguno y obtener servicios de apoyo para reembolso y tarjetas de copago. A fin de determinar su elegibilidad para los Programas y administrar su participación en los Programas si es aceptado, Pfizer, junto con sus compañías afiliadas y contratistas que administran los Programas, necesitan obtener cierta información sobre usted de su médico (quien también se denomina “Médico” en este formulario). **Complete esta Autorización, firmela, féchela y entréguesela a su médico.**

Solicito y autorizo a mi Médico, \_\_\_\_\_, a entregar a Pfizer Inc., incluidos los representantes y contratistas que trabajan en nombre de Pfizer en estos Programas y los proveedores de servicios (en conjunto, “Pfizer”), mi información médica protegida, que incluye, entre otra, información sobre mi afección médica y mis tratamientos que sea necesaria para determinar mi elegibilidad para los Programas y para la continuidad de mi participación en los Programas si me aceptan, para administrar los Programas, para justificar mi retiro si decido dejar de participar en los Programas y para evaluar la satisfacción del paciente y la eficacia general de los Programas. El tipo de información que se puede suministrar en

virtud de esta Autorización puede incluir mi nombre y fecha de nacimiento, dirección, teléfono, número de Seguro Social, información financiera acerca de mí, información sobre mis beneficios médicos o mi cobertura de seguro e información sobre mi afección médica, según sea necesario.


Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que es estrictamente voluntario. Asimismo, comprendo que mi médico no puede condicionar la provisión de mi tratamiento a la firma de esta Autorización.

Comprendo que puedo cancelar (revocar) esta Autorización en cualquier momento, escribiéndole a mi Médico a:

\_\_\_\_\_  
Si cancelo esta Autorización, mi Médico dejará de proporcionar la información descrita más arriba a Pfizer y a sus representantes para los fines de los Programas. Sin embargo, mi cancelación no afectará las acciones que ya se hayan llevado a cabo en virtud de esta Autorización.

Comprendo que una vez que mi Médico entregue a Pfizer información sobre mí en función de esta Autorización, es posible que las leyes de privacidad federales o estatales no impidan que Pfizer continúe divulgando mi información. También comprendo que firmar esta Autorización no garantiza que será aceptado en un Programa de Asistencia al Paciente de Pfizer (los Programas).

A menos que se cancele de otro modo, esta Autorización vencerá un (1) año después de la fecha de la firma, a continuación, o un (1) año después de la última fecha en que reciba medicamentos en virtud de los Programas, lo que ocurra más tarde, o según lo exija la ley estatal.

 <b>Firma del paciente</b>	Fecha
Paciente o representante personal del paciente (si es el representante, indique la autoridad para firmar en nombre del paciente).	
Nombre (en letra de imprenta)	

**Entréguele la autorización firmada a su Médico. Tiene derecho a conservar una copia en sus registros.**