

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN: SOLICITUD DEL PACIENTE

Escriba en letra de imprenta en las áreas sombreadas del formulario.

Por favor complete todo lo que corresponda y devuelva el formulario por correo electrónico o fax.



Teléfono 1-888-327-7787 o Fax 1-888-773-0121

PO Box 220574, Charlotte, NC 28222-0574

Por favor marque el producto de Pfizer que corresponda:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zyvox® ( <i>linezolid</i> )            | <input type="checkbox"/> Xyntha® Antihemophilic Factor ( <i>recombinant</i> ), Libre de Plasma/Albúmina |
| <input type="checkbox"/> Rapamune® ( <i>sirolimus</i> )         | <input type="checkbox"/> BeneFIX® Coagulation Factor IX ( <i>recombinant</i> )                          |
| <input type="checkbox"/> Revatio® ( <i>sildenafil citrate</i> ) | <input type="checkbox"/> Vfend® ( <i>voriconazole</i> )   |
|   | <input type="checkbox"/> Tygacil® ( <i>tigecycline</i> )*   |

\* Únicamente Servicios de Reembolso

Nombre del Paciente:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Domicilio del Paciente:		Correo Electrónico:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono (durante el día): (____) _____ - _____		(durante la tarde): (____) _____ - _____	
Fecha de Nacimiento (FN): ____/____/____		Residente de EE.UU./Puerto Rico/II. VV. EE.UU.: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO (Incluya todas las pólizas de seguro)

¿Usted está asegurado?  Sí  No (En caso afirmativo, complete la siguiente información o adjunte fotocopia de la tarjeta del seguro)

Nombre de la aseguradora principal:	Teléfono #: (____) _____ - _____		
Nombre del asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado: ____/____/____		
Nº de Seguro Social del asegurado: _____-_____-_____	Nº de póliza: _____	Nº de grupo: _____	
Nombre de la tarjeta de recetas:	Teléfono #: (____) _____ - _____		
Nº de póliza: _____	Nº del grupo: _____		
Nombre de la aseguradora secundaria:	Teléfono #: (____) _____ - _____		
Nombre del asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado: ____/____/____		
Nº de Seguro Social del asegurado: _____-_____-_____	Nº de póliza: _____	Nº de grupo: _____	
Nombre de la tarjeta de recetas:	Teléfono #: (____) _____ - _____		
Nº de póliza: _____	Nº del grupo: _____		

## INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE

Cantidad Total de Personas En el Hogar (incluido el solicitante): \_\_\_\_\_

Ingreso Anual Total de los Miembros del Hogar: \$ \_\_\_\_\_ (El ingreso anual vigente de los miembros del hogar incluye el salario anual vigente, beneficios del Seguro Social y seguro de desempleo, y compensación del seguro obrero)

Por favor presente la documentación que respalde la información financiera

Se adjunta:  Declaración de impuestos federales más reciente (formulario 1040)  Formulario W-2  Otro

Debemos recibir un comprobante de ingreso para determinar su elegibilidad para recibir asistencia.

Si usted debe presentar una declaración de impuestos federales, por favor suministren una copia firmada. Los comprobantes de ingreso podrán incluir documentos tales como: copia de la declaración de impuestos federales más reciente, formulario(s) W-2, formulario 1099, Carta de Aprobación del Seguro Social o Comprobante, o copia de los tres talones de sueldo más recientes.

**Declaración del Paciente** – Mediante mi firma, declaro que, a mi entender, mis respuestas y documentos comprobatorios de mis ingresos son completos, ciertos y precisos.

### Comprendo que:

- Completar este formulario de solicitud no garantiza que califique para el Programa RSVP (Apoyo en Reembolsos, Verificación y Pago).
- Pfizer podrá verificar que la información que suministré sea precisa y podrá solicitar más información financiera y de seguro.
- Ningún medicamento suministrado mediante el Programa RSVP será vendido, comercializado, permutado o transferido.
- Pfizer se reserva el derecho a modificar o cancelar el Programa RSVP en cualquier momento.
- La ayuda brindada bajo este programa no está supeditada a ninguna compra futura.

### Certifico y doy fe de que si recibo medicamentos brindados por Pfizer mediante el Programa RSVP:

- Me comunicaré de inmediato con el Programa RSVP en caso de que mi estado financiero o cobertura de seguro cambien.
- No buscaré recibir medicamentos ni costos provenientes de ellos que se incluyan en los gastos de mi bolsillo correspondientes a la Parte D de Medicare para medicamentos recitados.
- No buscaré un reembolso o crédito correspondiente a ningún costo asociado con los medicamentos provenientes de mi pagador o proveedor de seguro para medicamentos recitados, incluidos los planes de la Parte D de Medicare.
- Notificaré a mi proveedor de seguro sobre la recepción de cualquier medicamento a través del Programa RSVP.

Pfizer & Pfizer Patient Assistance Foundation (PPAF, Pfizer y la Fundación de Ayuda al Paciente de Pfizer) entienden que su información personal y de salud es confidencial. La información que usted suministre sólo será utilizada por Pfizer, la PPAF y los terceros que actúen en su nombre para enviarle el material que usted haya solicitado y otra información y actualizaciones útiles sobre el Programa RSVP.

Al marcar este casillero también acepto que Pfizer, la PPAF y las compañías que actúen en su nombre puedan enviarme material sobre otras afecciones médicas, utilizar mi información para desarrollar o mejorar productos y servicios, o comunicarse conmigo en el futuro para informarse sobre mi experiencia con el Programa RSVP u otros temas relacionados con la salud.

Firma del paciente (Padre, madre o tutor, si es menor de 18 años)	X	Fecha:
--	---	--------

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN:  
SOLICITUD DEL PRESTADOR DE ATENCIÓN MÉDICA**  
Lea toda la información y escriba en letra de imprenta en las áreas sombreadas.



<b>INFORMACIÓN DEL RECETADOR (a completar por el proveedor)</b>		
Nombre y Título del Recetador:	N.º de NPI:	
N.º del Pagador Específico:	N.º de Identificación Impositiva:	
N.º de Licencia Estatal:	N.º de la DEA:	
Nombre del Contacto:		
Nombre del Establecimiento:		
Dirección del Establecimiento:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono: (____) _____ - _____	Fax: (____) _____ - _____	
Dirección de Correo Electrónico del Recetador:		Especialidad del Recetador:
Indique el diagnóstico y código de CIE-9 específico:		
<p><b>CERTIFICACIÓN DEL RECETADOR</b>                  Certifico que, a mi entender, la información suministrada es actual, completa y precisa. Notificaré a RSVP inmediatamente si el producto Pfizer ya no fuera médicamente necesario para el tratamiento de este paciente. <b>Certifico que el producto Pfizer es médicamente necesario para este paciente y que supervisaré el tratamiento del paciente.</b> Certifico que he obtenido de mi paciente toda autorización por escrito requerida para la divulgación de la información de identificación personal y de seguro de mi paciente a Pfizer y sus agentes y representantes. Comprendo que toda información suministrada es únicamente para uso de Pfizer y sus agentes y representantes para verificar la cobertura de seguro de mi paciente, para evaluar, si corresponde, la elegibilidad del paciente para participar del programa de ayuda al paciente, y para administrar de otras maneras el programa RSVP. Comprendo que una solicitud al programa de ayuda al paciente no garantiza que se obtendrá la ayuda. Comprendo que si el estado financiero y/o de seguro de mi paciente cambian, el paciente podría ya no ser elegible para el programa de ayuda al paciente, y acuerdo notificar inmediatamente a un representante de RSVP en caso de tener conocimiento de un cambio en el estado de seguro del paciente. Acepto que RSVP puede comunicarse conmigo para obtener información adicional relacionada con esta solicitud, ya sea por fax u otra vía de comunicación, incluidos, entre otros, correo electrónico y teléfono. Comprendo que no tengo obligación de recetar productos Pfizer y que no he recibido ni recibiré ningún beneficio de Pfizer o sus agentes y representantes por recetar un producto Pfizer. Acuerdo no presentar reclamos por productos suministrados por el Programa de Ayuda al Paciente.</p> <p>Pfizer and Pfizer Patient Assistance Foundation (PPAF, Pfizer y la Fundación de Ayuda al Paciente de Pfizer) entienden que su información es confidencial. Toda información que usted suministre sólo será utilizada por Pfizer, la PPAF y los terceros que actúen en su nombre para administrar el Programa RSVP y para cumplir con los requerimientos legales aplicables.</p> <input type="checkbox"/> Al marcar este casillero también acepto que Pfizer, la PPAF y las compañías que actúen en su nombre puedan comunicarse conmigo para informarse sobre mi experiencia con el Programa RSVP para ayudar a mejorar sus servicios.		
Firma del Recetador:	X	Fecha:

<b>RECETA (Este formulario de receta no es necesario para Zyvox. Para obtener información completa sobre recetas, visite <a href="http://www.pfizer.com">www.pfizer.com</a>)</b>		
Nombre:	Apellido:	
Fecha de Nacimiento: ____/____/____	Teléfono #: (____) _____ - _____	
Indicaciones:		Reposiciones de receta: _____ veces
Alergia a Medicamentos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, por favor especifique:		
<input type="checkbox"/> Vfend: Suministro de 50 mg por 60 días	<input type="checkbox"/> Rapamune: Suministro de 0.5 mg por 90 días	
<input type="checkbox"/> Vfend: Suministro de 200 mg por 60	<input type="checkbox"/> Rapamune: Suministro de 1 mg por 90 días	
<input type="checkbox"/> Revatio: Suministro de 20 mg por 90 días	<input type="checkbox"/> Rapamune: Suministro de 2 mg por 90 días	
<input type="checkbox"/> Rapamune Oral Solution: 1 mg		
<input type="checkbox"/> Xyntha® Factor Antihemofílico, Libre de Plasma/Albúmina	<input type="checkbox"/> BeneFIX Factor de Coagulación IX	
<input type="checkbox"/> 250 IU <input type="checkbox"/> 500 IU <input type="checkbox"/> 1,000 IU <input type="checkbox"/> 2,000 IU	Dosis mensual: _____ IU	
<b>HISTORIAL DE TRANSPLANTES (Únicamente para Rapamune, Historial de Transplantes Completo)</b>		
Tipo de Transplante:	Fecha de Transplante: ____/____/____	
Establecimiento Donde se Realizó:	Establecimiento Aprobado por Medicare: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Médico Recetador:		
Firma del Recetador:	X	Fecha:
Por favor envíe por fax el formulario de receta completo a RSVP al (888) 773-0121. Gracias. La receta es válida por un año.		