

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN: SOLICITUD DEL PACIENTE

Por favor, escriba claramente en letra de imprenta en las áreas sombreadas de la solicitud.
Por favor complete todo lo que corresponda y devuelva el formulario por correo electrónico o fax.



Teléfono 1-877-744-5675 o Fax 1-800-708-3430 PO Box 220582, Charlotte, NC 28222-0582

Por favor marque el producto de Pfizer que corresponda:

Sutent® (*sunitinib malate*) en cápsulas Aromasin® (*exemestane*) en comprimidos

Emcyt® (*estramustine phosphate sodium*) en cápsulas

PROGRAMA DE APOYO AL PACIENTE DE SUTENT

Al marcar este casillero, usted indica que le gustaría recibir más información sobre el Centro de Atención de Llamados para Pacientes de Sutent gratuitos para ayudar a suplementar la información que reciba de su proveedor de asistencia sanitaria acerca de Sutent y para brindarle un recurso de ayuda extra mientras realiza el tratamiento.

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)

¿Tiene seguro? 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 First Resource (Primer Recurso).
 - 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 First Resource será vendido, comercializado, permutado o transferido.
 - Pfizer se reserva el derecho a modificar o cancelar el Programa First Resource 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 First Resource:**
- Me comunicaré de inmediato con el Programa First Resource 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 First Resource.

Pfizer and 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 First Resource.

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 First Resource 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 PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA.

Por favor, lea toda la información y escriba claramente en letra de imprenta en las áreas sombreadas.



INFORMACIÓN DEL RECETADOR (a completar por el proveedor)			
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:			
Indique el diagnóstico y código de CIE-9 específico:			
<p>CERTIFICACIÓN DEL RECETADOR</p> <p>Certifico que, a mi entender, la información suministrada es actual, completa y precisa. Notificaré a First Resource inmediatamente si el producto Pfizer ya no fuera médicamente necesario para el tratamiento de este paciente. Certifico que el producto Pfizer es médicamente necesario para este paciente y que supervisaré el tratamiento del paciente. 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 First Resource. 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 First Resource en caso de tener conocimiento de un cambio en el estado de seguro del paciente. Acepto que First Resource 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 First Resource y para cumplir con los requerimientos legales aplicables.</p> <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 First Resource para ayudar a mejorar sus servicios.</p>			
Firma del Recetador:		Fecha:	
X			

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE			
Nombre:		Apellido:	
Fecha de Nacimiento: ____/____/____		N.º de Teléfono: (____) _____ - _____	
Domicilio del Paciente:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Dirección de Envío (Si es diferente de la anterior):			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
RECETA (Para obtener información completa sobre recetas, visite www.pfizeroncology.com)			
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"/> Sutent: Suministro de _____ mg por 28 días		<input type="checkbox"/> Aromasin: Suministro de 50 mg por 60 días	
		<input type="checkbox"/> Emcyt: Suministro de _____ mg por 90 días	
Firma del Recetador:		Fecha:	
X			
<p>Por favor envíe por fax el formulario de receta completo a First Resource al (800) 708-3430. Gracias. La receta es válida por un año.</p>			