

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 ó Fax 1-888-773-0121

PO Box 220574 Charlotte, NC 28222-0574

Marque el producto de Pfizer que corresponda (<i>Para obtener información completa sobre las recetas, consulte www.pfizer.com</i>)	
<input type="checkbox"/> Zyvox® (<i>linezolid</i>)	<input type="checkbox"/> Rescriptor® (<i>delavirdine mesylate</i>)
<input type="checkbox"/> Vfend® (<i>voriconazole</i>)	<input type="checkbox"/> Viracept® (<i>nefinavir mesylate</i>)
<input type="checkbox"/> Revatio® (<i>silendafil citrate</i>)	<input type="checkbox"/> Selzentry® (<i>maraviroc</i>)
¿Ha completado el ensayo de tropismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombre del Paciente:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Domicilio del paciente:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono (Día): (____) _____ - _____	(Noche): (____) _____ - _____	
Fecha de Nacimiento: ____/____/____	Residente de EE.UU./Puerto Rico/I. Vírgenes de EE.UU.: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO (Incluya todas las pólizas de seguro)		
¿Usted está asegurado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (<i>En caso afirmativo, complete la siguiente información o adjunte fotocopia de la tarjeta del seguro</i>)		
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 (Programa de Asistencia al Paciente únicamente)
Total de personas en el hogar (incluido el postulante): _____
Indique los ingresos anuales actuales del grupo familiar, incluido el sueldo anual actual, seguro social, seguro de desempleo e indemnización por accidentes de trabajo.
Ingreso anual total para todo el grupo familiar: \$ _____
Adjuntos: <input type="checkbox"/> Formulario W-2 <input type="checkbox"/> Última declaración de impuestos <input type="checkbox"/> Otro
Debemos recibir constancia de ingresos DENTRO DE LOS 30 DÍAS para determinar si tiene derecho a la asistencia.
Por favor envíe los documentos que avalan la información financiera indicada anteriormente. La constancia de ingresos puede incluir documentos como: Declaración de impuestos más reciente, formulario(s) W-2, cheque del Seguro Social, copia del último recibo de pago.

Declaración del Paciente – Al firmar abajo, declaro que mis respuestas y mi constancia de ingresos son completas y auténticas a mi mejor saber y entender.

Entiendo que:

- Completar esta solicitud no garantiza que podré participar del Programa de RSVP.
- Pfizer podrá verificar la veracidad de la información que yo haya entregado y podrá solicitar más información financiera y de seguro.
- Los medicamentos que se entreguen con el programa RSVP no pueden venderse, negociarse, cambiarse ni transferirse.
- Pfizer se reserva el derecho a modificar o cancelar el programa RSVP en cualquier momento.
- La asistencia que se brinda en el marco de este programa no está condicionada a ninguna compra futura.

Certifico y declaro bajo juramento que de recibir medicamentos en el marco del programa Pfizer RSVP:

- Me comunicaré de inmediato con el Programa RSVP si hay cambios en mi situación financiera o cobertura de seguro.
- No intentaré descontar los medicamentos o parte de su costo de los gastos de mi bolsillo para fármacos recetados de la Parte D de mi Medicare.
- No intentaré obtener un reembolso o crédito por ningún costo asociado con los medicamentos de mi prestador o pagador de seguro para recetas, incluidos los planes Parte D de Medicare.
- Notificaré a mi prestador de seguros la recepción de cualquier medicamento a través del Programa RSVP.

La Fundación de Asistencia al Paciente de Pfizer (PPAF) sabe que sus datos personales y la información sobre su estado de salud son privados. La información que nos brinde sólo será utilizada por PPAF y sus representantes, para enviárle el material solicitado y cualquier otra información útil o novedades sobre el programa Pfizer RSVP.

Al marcar este casillero, también acepto que Pfizer, PPAF o las compañías que actúen en su nombre podrán enviarme material sobre otras enfermedades, usar mi información para desarrollar o mejorar productos y servicios o comunicarse conmigo en el futuro para conocer mi experiencia con el programa Pfizer RSVP o hablar sobre otros temas de salud.

Firma del paciente <i>Padre, madre o tutor, si es menor de 18 años</i>	X	Date:
---	---	-------

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



DECLARACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA (A ser completada por el prestador)

Nombre y título de quien prescribe:		N° de NPI:	
N° de Pagador específico:		N° de ID de Impuestos:	
N° de Licencia del Estado:		N° de DEA:	
Nombre de contacto:			
Nombre de la institución:			
Dirección de la institución:			
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Teléfono: (____) ____ - ____		Fax: (____) ____ - ____	
Correo electrónico del médico:			
Por favor indique el diagnóstico y el Código ICD-9:			Régimen de dosificación:

CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO

Certifico que la información proporcionada es actual, completa y correcta a mi mejor saber y entender. Notificaré de inmediato a RSVP si el producto de Pfizer deja de ser clínicamente necesario para tratar a este paciente. Certifico que el producto de Pfizer es clínicamente necesario para este paciente y que me haré cargo de la supervisión de los tratamientos del paciente. Certifico haber obtenido todo el consentimiento por escrito del paciente exigido para divulgar su identificación personal y datos del seguro a Pfizer, sus agentes y representantes. Entiendo que toda la información suministrada es para uso exclusivo de Pfizer, sus agentes y representantes para verificar la cobertura de seguro del paciente, evaluar (si corresponde) si tiene derecho a participar en el programa de asistencia al paciente y de otro modo administrar el programa RSVP. Entiendo que la solicitud al programa de asistencia al paciente no garantiza que se obtendrá dicha asistencia. Entiendo que si cambia la situación financiera o del seguro de mi paciente, el paciente puede dejar de tener derecho al programa de asistencia al paciente, y me comprometo a notificar de inmediato a un representante de RSVP si tomo conocimiento de modificaciones en la condición del seguro del paciente. Acepto que RSVP puede contactarme para obtener más información sobre esta solicitud ya sea por fax u otra vía de comunicación, incluidas pero sin limitación, por teléfono o correo electrónico. Entiendo que no tengo ninguna obligación de recetar ningún producto de Pfizer y que no he recibido ni recibiré ningún beneficio de Pfizer, o sus agentes o representantes, por recetar un producto de Pfizer.

Prestador de atención médica Firma:	X	Fecha:
-------------------------------------	---	--------

INFORMACIÓN SOBRE LA RECETA *Todos los productos (excepto Zyvox) se enviarán a la oficina de quien prescribe. Si desea cambiar la dirección del envío, comuníquese con el programa RSVP llamando al 1-888-327-7787.*

Nombre:	Apellido:
Fecha de Nacimiento: ____/____/____	Teléfono: (____) ____ - ____

RECETA (Por favor complete la receta siguiente si va a solicitar Revatio, Vfend, Rescriptor, Selzentry o Viracept. No necesita este formulario de receta para Zyvox.)

Indicaciones:

Alergias medicamentosas: Sí No En caso afirmativo, por favor especifique:

<input type="checkbox"/> Revatio: 20 mg, suministro para 90 días	<input type="checkbox"/> Viracept: 250 mg, suministro para 90 días
<input type="checkbox"/> Vfend: 50 mg, suministro para 60 días	<input type="checkbox"/> Viracept: 625 mg, suministro para 90 días
<input type="checkbox"/> Vfend: 200 mg, suministro para 60 días	<input type="checkbox"/> Selzentry: 150 mg, suministro para 90 días
<input type="checkbox"/> Rescriptor: 100 mg, suministro para 90 días	<input type="checkbox"/> Selzentry: 300 mg, suministro para 90 días
<input type="checkbox"/> Rescriptor: 200 mg, suministro para 90 días	¿El paciente completó el ensayo de tropismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Médico que receta:	
Firma del médico: X	Fecha:

Envíe por fax el formulario de receta completo a RSVP al (888) 773-0121. Muchas gracias.
Receta válida por un año.