



# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Envíe el formulario completado a Vertex por fax al (888) 952-5933 | Teléfono: (877) 752-5933

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

\*Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ \*Apellido: \_\_\_\_\_

\*Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_ Nombre de preferencia y/o pronombres: \_\_\_\_\_

Para fines de verificación del seguro: Últimos cuatro dígitos del número del seguro social: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ \*Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Marque su preferencia:  Teléfono móvil: \_\_\_\_\_  Domicilio particular: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar mensajes?  Sí  NO

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Idioma de preferencia:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

## CUIDADOR PRINCIPAL, TUTOR LEGAL O CONTACTO ADICIONAL

Cuidador principal  Tutor legal  Contacto adicional Marque todos los que correspondan.

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre de preferencia y/o pronombres: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma de preferencia:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO *Esta sección no es necesaria si adjunta una ficha o copias de las tarjetas del seguro y de las recetas.*

**Seguro que cubre medicamentos recetados:** \_\_\_\_\_ Número de identificación de la receta: \_\_\_\_\_ Número de grupo de la receta: \_\_\_\_\_

Número BIN de la receta: \_\_\_\_\_ Número PCN de la receta: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

**Seguro médico principal:** \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_ Relación del titular de la póliza con el paciente: \_\_\_\_\_

**Seguro secundario:** \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_ Relación del titular de la póliza con el paciente: \_\_\_\_\_

### Información adicional

¿El paciente está inscrito en un programa de atención médica financiado por el gobierno como Medicare, Medicaid, Asuntos de los Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), Departamento de Defensa (DoD, por sus siglas en inglés), o TRICARE®, un plan de salud calificado (QHP, por sus siglas en inglés) o un plan ofrecido en un mercado o intercambio estatal o federal?  Sí  NO

## INFORMACIÓN DEL CENTRO

Nombre del centro: \_\_\_\_\_ Teléfono del centro: \_\_\_\_\_ Fax del centro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Contacto principal del centro/Título: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\*Campo obligatorio

➔ **\*Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **\*Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

**Farmacia de preferencia del paciente** (si tiene alguna):





- AcariaHealth, Inc./Foundation Care, LLC   
  AllianceRx Walgreens Pharmacy   
  Maxor Specialty Pharmacy  
 Accredo Health Group, Inc.   
  Fairview Pharmacy Services, LLC   
  Optum Specialty Pharmacy

Ya se envió la receta:  Sí  NO

Incluya una ficha o copias de las tarjetas del seguro y de las recetas.

## \*INFORMACIÓN CLÍNICA Y AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

\*Especifique las mutaciones indicadas del paciente: Mutación 1: \_\_\_\_\_ Mutación 2: \_\_\_\_\_

 <p>(elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor and ivacaftor)</p>	<input type="checkbox"/> <b>DOS comprimidos (elexacaftor 50 mg/tezacaftor 25 mg/ivacaftor 37.5 mg)</b> por la mañana con alimentos con contenido graso <b>UN comprimido (ivacaftor 75 mg)</b> por la noche con alimentos con contenido graso, aproximadamente 12 horas después de la dosis de la mañana <input type="checkbox"/> <b>DOS comprimidos (elexacaftor 100 mg/tezacaftor 50 mg/ivacaftor 75 mg)</b> por la mañana con alimentos con contenido graso <b>UN comprimido (ivacaftor 150 mg)</b> por la noche con alimentos con contenido graso, aproximadamente 12 horas después de la dosis de la mañana	<input type="checkbox"/> Suministro para 28 días <input type="checkbox"/> Suministro para 84 días
 <p>(tezacaftor/ivacaftor and ivacaftor)</p>	<input type="checkbox"/> <b>UN comprimido (tezacaftor 50 mg/ivacaftor 75 mg)</b> por la mañana con alimentos con contenido graso <b>UN comprimido (ivacaftor 75 mg)</b> por la noche con alimentos con contenido graso, aproximadamente 12 horas después de la dosis de la mañana <input type="checkbox"/> <b>UN comprimido (tezacaftor 100 mg/ivacaftor 150 mg)</b> por la mañana con alimentos con contenido graso <b>UN comprimido (ivacaftor 150 mg)</b> por la noche con alimentos con contenido graso, aproximadamente 12 horas después de la dosis de la mañana	<input type="checkbox"/> Suministro para 28 días <input type="checkbox"/> Suministro para 84 días
 <p>(lumacaftor/ivacaftor)</p>	<input type="checkbox"/> <b>UN sobre de gránulos para uso oral (75 mg/94 mg)</b> <input type="checkbox"/> <b>UN sobre de gránulos para uso oral (100 mg/125 mg)</b> <input type="checkbox"/> <b>UN sobre de gránulos para uso oral (150 mg/188 mg)</b> Cada 12 horas, mezclado con una cucharadita de té (5 ml) de alimento blando o líquido y alimentos con contenido graso <input type="checkbox"/> <b>DOS comprimidos (100 mg/125 mg)</b> <input type="checkbox"/> <b>DOS comprimidos (200 mg/125 mg)</b> Cada 12 horas, con alimentos con contenido graso	<input type="checkbox"/> Suministro para 28 días <input type="checkbox"/> Suministro para 84 días
 <p>(ivacaftor)</p>	<input type="checkbox"/> <b>UN sobre de gránulos para uso oral (25 mg)</b> <input type="checkbox"/> <b>UN sobre de gránulos para uso oral (50 mg)</b> <input type="checkbox"/> <b>UN sobre de gránulos para uso oral (75 mg)</b> Cada 12 horas, mezclado con una cucharadita de té (5 ml) de alimento blando o líquido y alimentos con contenido graso <input type="checkbox"/> <b>UN comprimido (150 mg)</b> Cada 12 horas, con alimentos con contenido graso	<input type="checkbox"/> Suministro para 28 días <input type="checkbox"/> Suministro para 84 días
<input type="checkbox"/> Reposiciones: _____ <input type="checkbox"/> Entregar como se indica por escrito Instrucciones especiales: _____ ¿El paciente ha tomado este medicamento anteriormente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE DESCONOCE		

Al firmar a continuación, certifico que (1) el tratamiento de Vertex Pharmaceuticals Incorporated ("Vertex") que prescribo es necesario por razones médicas y es lo mejor para el paciente mencionado más arriba, (2) cuento con todos los consentimientos requeridos por la ley federal y estatal para la divulgación de la información sobre el paciente en este formulario a Vertex y sus contratistas o socios comerciales ("Contratistas") para la verificación de los beneficios y la coordinación de la administración del medicamento de Vertex, (3) cumpliré con los requisitos de prescripción específicos del estado y comprendo que el incumplimiento de estos requisitos podría resultar en un mayor alcance por parte de la farmacia especializada del paciente, (4) comprendo que la información que proporciono en este formulario, si está firmado por el paciente, será usada por Vertex y sus Contratistas tal como lo autorizó el paciente. Autorizo a Vertex a presentar la receta que aparece arriba en la farmacia que corresponda.

➔ **Fecha y firma del médico prescriptor** (no se permiten sellos): \_\_\_\_\_

\*Firma \_\_\_\_\_ \*Fecha de la firma \_\_\_\_\_

\*Primer nombre del médico prescriptor: \_\_\_\_\_ \*Apellido del médico prescriptor: \_\_\_\_\_ Número de NPI: \_\_\_\_\_

\*Campo obligatorio



# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Envíe el formulario completado a Vertex por fax al (888) 952-5933 | Teléfono: (877) 752-5933

El programa de Guía y Apoyo al Paciente de Vertex ("Vertex GPS"™) brinda apoyo sobre productos a los pacientes a quienes se les haya recetado un medicamento de Vertex. Esto incluye lo siguiente: (1) reembolso y asistencia financiera (investigar su cobertura de seguro, confirmar los costos de bolsillo y revisar su elegibilidad para recibir la asistencia financiera), (2) trabajar con usted y su farmacia para la reposición de su receta y (3) proporcionarle comunicados y recursos educativos relacionados con las enfermedades, los medicamentos y el cumplimiento terapéutico ("Apoyo de GPS").

➔ \*Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ \*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

## AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD

Al firmar a continuación, autorizo a mis proveedores de atención médica y al personal, a mi plan de salud y a mi farmacia a utilizar mi Información médica (tal como Información sobre mi diagnóstico y tratamiento) e Información sobre seguros (mi "Información") y a divulgar mi Información a Vertex Pharmaceuticals Incorporated (incluido Vertex GPS) y sus afiliados ("Vertex"), así como también a sus contratistas y socios comerciales ("Contratistas"), para inscribirme en el programa Vertex GPS, proporcionar apoyo GPS, administrar el programa Vertex GPS y realizar actividades comerciales con mi Información sin identificación, según lo indicado a continuación, en la sección "Inscripción en GPS".

Comprendo que una vez que mi Información se divulgue, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad y podría volver a divulgarse, sin embargo, Vertex y sus contratistas solo utilizarán y divulgarán mi Información según se detalla en este formulario. Entiendo que mi farmacia recibirá un pago de Vertex por divulgar mi Información a Vertex. Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que esto no afectará mi tratamiento, cobertura de seguro o elegibilidad para recibir los beneficios o productos de Vertex. Sin embargo, si no firmo esta Autorización, no podré recibir el Apoyo de GPS. Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento mediante el envío de una carta en la que solicite la cancelación a Vertex GPS, en 50 Northern Avenue, Boston, MA 02210. Entiendo que la cancelación no se aplicará a ninguna Información que ya haya sido utilizada o divulgada por mis proveedores de atención médica y el personal, el plan de salud o la farmacia según esta Autorización antes de haber recibido la cancelación. Esta Autorización vence a los diez (10) años a partir de la fecha de la firma que aparece más abajo, o según lo requiera la ley estatal o local, a menos que yo la cancele antes de esa fecha. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia firmada de esta Autorización.

➔ \*Firma del paciente o tutor legal: \_\_\_\_\_ \*Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ \*Fecha de la firma: \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

## INSCRIPCIÓN EN GPS

Al firmar a continuación, confirmo que deseo inscribirme en Vertex GPS y autorizo a Vertex y sus Contratistas a proporcionarme Apoyo GPS. Entiendo que Vertex GPS es un programa opcional. Acepto que Vertex y sus Contratistas puedan utilizar mi Información y puedan compartirla entre ellos, con mis proveedores de atención médica y el personal, con mi plan de salud, con mi farmacia y con los programas de asistencia para pacientes en relación con la provisión de Apoyo GPS, la administración del programa de Vertex GPS, o según sea necesario para que Vertex cumpla con sus obligaciones legales. Por ejemplo, Vertex y sus Contratistas pueden comunicarse conmigo (por correo, teléfono, correo electrónico y mensajes de texto<sup>†</sup>), utilizar mi Información para adaptar las comunicaciones relacionadas con el programa GPS a mis necesidades y compartir información con mis proveedores de atención médica sobre la dispensación de mis medicamentos de Vertex. Autorizo a Vertex y a sus Contratistas a enviar mensajes de texto al número o a los números de teléfono que proporciono. Entiendo que este consentimiento no es un requisito para participar en Vertex GPS o para comprar algo de Vertex. Puedo anular esta autorización y optar por no recibir llamadas y mensajes de texto automatizados al responder STOP (ALTO) a cualquiera de estos textos de Vertex o al comunicárselo a Vertex por escrito a la dirección mencionada anteriormente. Entiendo que Vertex y sus Contratistas pueden anonimizar mi Información, combinarla con información de otros pacientes y utilizar la información resultante para fines comerciales de Vertex.

Al firmar abajo, reconozco que, si estoy inscrito en un programa de atención médica financiado por el gobierno, no soy elegible para recibir ninguna asistencia para copagos por parte de Vertex y no la aceptaré. Comprendo y acepto que, si mi información de seguro cambia en algún momento durante mi participación en el programa de GPS, informaré a Vertex cuanto antes y que cualquier cambio de ese tipo puede afectar mi elegibilidad para esos programas de asistencia.

**Para los residentes de California:** Al firmar a continuación, reconozco que he revisado y que comprendo el Aviso de Privacidad de Vertex, que se encuentra disponible en: [www.vrtx.com/english-privacy-us-residents/#5](http://www.vrtx.com/english-privacy-us-residents/#5).

Valoramos mucho su opinión. Indique si desea que Vertex y sus Contratistas se comuniquen con usted sobre oportunidades para que nos proporcione comentarios (como encuestas relacionadas con el programa o investigación de mercado):  SÍ  NO

➔ \*Firma del paciente o tutor legal: \_\_\_\_\_ \*Fecha de la firma: \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

Indique cualquier contacto adicional con quien Vertex GPS tiene permitido hablar de su Información, además del contacto principal mencionado en la página 1 de este formulario:

Nombre del contacto adicional: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

<sup>†</sup>Pueden aplicarse cargos adicionales. Comprendo que mi proveedor de servicio de telefonía puede aplicarme tarifas por llamadas o mensajes de texto que reciba y acepto que Vertex no pagará esas tarifas.

\*Campo obligatorio

## Estamos junto a usted

En Vertex GPS™: Guía y Apoyo al Paciente nuestro objetivo es proporcionarle apoyo personalizado y continuo desde el inicio de su tratamiento con Vertex. Consulte lo que Vertex GPS tiene para ofrecer en [VertexGPS.com](https://VertexGPS.com).

### Esperamos comunicarnos con usted

Con Vertex GPS, su dedicado Especialista de Apoyo al Paciente lo acompañará durante el trayecto. Una vez que envíe su formulario de inscripción, puede esperar recibir una llamada de su especialista para darle la bienvenida al programa y guiarle en los siguientes pasos.

Su especialista lo llamará desde el número **1-877-752-5933**

### Obtenga apoyo personalizado desde el día en que se inscriba en Vertex GPS

Su Especialista de Apoyo al Paciente está aquí para ayudarle a:



**Apoyo continuo:** Su especialista continuará proporcionando apoyo mientras toma el medicamento de Vertex mediante herramientas educativas, recordatorios de reposición y otros recursos útiles. Se comunicará con usted mediante llamadas telefónicas, mensajes de texto y correos electrónicos durante el trayecto.

### La aplicación Vertex GPS Connect

Descargue la aplicación para ver el estado de sus envíos de TRIKAFTA, desde la prescripción hasta la entrega. También puede gestionar las reposiciones de su medicamento y conversar con su Especialista de Apoyo al Paciente. **Use su cámara para escanear el código QR que aparece a continuación y descargue la aplicación.**



Nuestros Especialistas de Apoyo al Paciente están a solo una llamada telefónica de distancia. Para hablar con un especialista, llame o envíe un mensaje de texto al **1-877-752-5933** (si llama por teléfono, oprima 2), de lunes a viernes, de 8:30 A. M. a 7 P. M., hora del este.