

# Información para ayudar a completar el Formulario universal de inscripción y receta


El formulario universal de inscripción y receta sirve a la vez como una receta de SYNAGIS<sup>®</sup> (palivizumab) y como un consentimiento para inscribirse en SYNAGIS CONNECT<sup>®</sup>, el programa de apoyo al paciente de Sobi. Se puede completar como formulario en papel y enviarse por fax a SYNAGIS CONNECT<sup>®</sup> o a la farmacia especializada preferida, o puede completarse electrónicamente a través del portal CoverMyMeds<sup>®</sup>.

Si SYNAGIS CONNECT<sup>®</sup> ha recibido previamente un formulario de Autorización para la Transición de la atención y el Formulario de consentimiento del padre/la madre/el cuidador para su paciente de la unidad de cuidados intensivos neonatales, su consultorio recibirá una versión parcialmente llenada de este formulario por fax o a través de CoverMyMeds<sup>®</sup>, si su consultorio utiliza el portal CoverMyMeds<sup>®</sup>.


Asegúrese de que todos los campos estén completos antes de devolver el formulario a SYNAGIS CONNECT<sup>®</sup> o a la farmacia especializada preferida.

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE/CUIDADOR

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE RECETA Y DETALLES DE LA RECETA



**Formulario universal de inscripción y receta**



\* Inscribise en línea en [www.CoverMyMeds.com](http://www.CoverMyMeds.com) • Envíe por fax a SYNAGIS CONNECT<sup>®</sup> al 1.800.201.4938.

Beneficio de compra y facturación  Farmacia especializada preferida

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**  Indique si hay varios nacimientos.

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento\*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino \*La información sobre el peso del paciente se obtiene en la sección de receta.

**INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE/LA MADRE/EL CUIDADOR**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
 Calle: \_\_\_\_\_ Unidad: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 N.º telefónico residencial: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono móvil: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Método de contacto preferido:  Teléfono  Mensaje de texto  Correo electrónico  
 Mejor hora para llamar:  Mañana  Tarde  Noche Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Inscribime en el Programa de copagos de SYNAGIS. Se aplican requisitos de elegibilidad.  Autorizo a SYNAGIS CONNECT<sup>®</sup> a enviar mensajes de texto cuando corresponda y acepto por la presente recibir este tipo de comunicación. Pueden aplicarse tarifas estándar de datos y mensajes.  Autorizo a SYNAGIS CONNECT<sup>®</sup> a dejar un mensaje detallado, que incluya el nombre de la receta de mi hijo, SYNAGIS.

**INFORMACIÓN DEL SEGURO** Proporcione una copia de todas las tarjetas del seguro (frente y dorso).  Sin seguro

Nombre completo del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Seguro médico principal: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_ N.º de identificación: \_\_\_\_\_  
 N.º de teléfono del seguro: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_ N.º de identificación: \_\_\_\_\_  
 Seguro médico secundario: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_ N.º de identificación: \_\_\_\_\_  
 N.º de teléfono del seguro: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_ N.º de identificación: \_\_\_\_\_  
 Seguro de medicamentos con receta: \_\_\_\_\_ Grupo de receta: \_\_\_\_\_ BIN para la receta: \_\_\_\_\_  
 Número de control del procesador (PCN) para la receta: \_\_\_\_\_

**▼ PARA USO EXCLUSIVO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA ▼**

**INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE RECETA**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre del consultorio/institución: \_\_\_\_\_  
 Calle: \_\_\_\_\_ Suíte: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 N.º de Identificador nacional de proveedores (NPI): \_\_\_\_\_ N.º de la Agencia de Control de Drogas (DEA): \_\_\_\_\_  
 N.º de identificación fiscal: \_\_\_\_\_  
 N.º de ID del proveedor de Medicaid: \_\_\_\_\_  
 Nombre del contacto del consultorio: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  
 N.º de fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE LA PERSONA QUE RECETA** Yo, el/la firmante, certifico que la persona nombrada en este formulario es mi paciente; que la información proporcionada, a mi best saber y entender, es completa y precisa, y que el tratamiento con SYNAGIS es médicamente necesario. Confío que he otorgado la autorización por escrito del padre, la madre o el cuidador de mi paciente de conformidad con todas las leyes estatales y federales aplicables para divulgar la información sanitaria identificable individualmente incluida en este formulario a Sobi y al programa de apoyo al paciente SYNAGIS CONNECT<sup>®</sup> y comprendo que la información que proporciono en este formulario será utilizada por el programa para verificar la cobertura de seguro y la elegibilidad de mi paciente; coordinar la entrega del medicamento con receta de mi paciente; y presentar los servicios de asistencia de SYNAGIS CONNECT<sup>®</sup> a mi paciente, incluido el contacto con el padre/la madre/el cuidador de mi paciente por teléfono o correo para estas fines. Autorizo a SYNAGIS CONNECT<sup>®</sup> a que presente la receta que autorizo a la farmacia especializada seleccionada para mi paciente. Comprendo que no tengo ninguna obligación de recetar ningún producto de Sobi y que no he recetado ni recetaré ningún beneficio de Sobi por hacerlo. No solicitaré el reembolso de ningún tercero pagador ni ningún producto proporcionado de forma gratuita por SYNAGIS Connect<sup>®</sup>.  
 Nota especial: Las personas que recetan de todos los estados deben cumplir con las leyes pertinentes para una receta válida. Para personas que recetan en estados con requisitos de formularios de receta oficiales, envíe una receta real junto con este formulario de inscripción.

**FIRME AQUÍ** Firma de la persona que receta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN CLÍNICA** Adjunte cualquier nota clínica necesaria.

Nacimiento prematuro: \_\_\_\_\_ semanas/ días de edad gestacional (IG) (p. 3,23)  Displasia broncopulmonar/enfermedad pulmonar crónica  Enfermedad cardíaca congénita hemodinámicamente significativa CIE-10 \_\_\_\_\_  
 Clasificación internacional de enfermedades, 10.ª edición (CIE-10): \_\_\_\_\_  Edad <12 meses  Edad de 12 meses a <24 meses  Edad <12 meses  Edad de 12 meses a <24 meses CIE-10 \_\_\_\_\_  
 Uso crónico de corticosteroides (fármacos/fechas): \_\_\_\_\_  Oxígeno suplementario (fechas): \_\_\_\_\_  Otras afecciones: \_\_\_\_\_  
 Terapia con diuréticos (fármacos/fechas): \_\_\_\_\_ Descripción: \_\_\_\_\_  
 Broncodilatadores (fármacos/fechas): \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 CIE-10: \_\_\_\_\_ CIE-10 \_\_\_\_\_

Dosis administrada en la unidad de cuidados intensivos neonatales (Neonatal Intensive Care, NICU) en el hospital:  No  Sí Fecha(s): \_\_\_\_\_  
 Necesita para antes de la fecha: \_\_\_\_\_ Fecha prevista de la primera/siguiente inyección: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_ Alergias conocidas: \_\_\_\_\_  
 Entregar a:  Consultorio/clínica  Domicilio del paciente  Otro

Servicios solicitados de la agencia de atención médica a domicilio para la administración de la inyección  No  Sí Agencia de atención médica a domicilio preferida \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO	CONCENTRACION	DOSIS E INSTRUCCIONES	CANTIDAD Y REPOSICIONES
SYNAGIS <sup>®</sup> (palivizumab)	Viales de 50 mg y/o 100 mg	Inyectar: 15 mg/kg i. m. una vez cada 28-30 días	Cantidad: Cantidad suficiente para lograr una dosis de 15 mg/kg Reposiciones: _____
<input type="checkbox"/> OPCIONAL: Epinefrina	Ampolla 1:1000	Inyectar 0.01 mg/kg s. c. según las instrucciones para la anafilaxia	Cantidad: _____ Reposiciones: _____

Suministros auxiliares \_\_\_\_\_ Firma con sello no permitida \_\_\_\_\_

**FIRME AQUÍ** Firma de la persona que receta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 o Dispensar tal como está escrito \_\_\_\_\_  
 Firma de la persona que receta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Sustitución permitida \_\_\_\_\_

**EL CONSENTIMIENTO DEL PADRE/LA MADRE/EL CUIDADOR CONTINÚA EN LA PRÓXIMA PÁGINA**  
 No es necesario para el envío

1 de 3

Los proveedores de atención médica pueden seleccionar Compra y facturación o Farmacia especializada preferida.

El peso del paciente se documentará en la parte inferior de esta página para la dosis recetada en Información clínica.

Los padres/cuidadores pueden elegir rellenar los círculos rojos para dar su consentimiento para la

- Inscripción en el programa de copagos, si son elegibles.
- Recibir mensajes de texto de SYNAGIS CONNECT<sup>®</sup>.
- Recibir mensajes de voz detallados de SYNAGIS CONNECT<sup>®</sup>.

Si se elige alguna opción, se **requieren** ambas firmas de consentimiento en la página 2.

Se requiere una segunda firma de la persona que receta para dar su consentimiento a la Autorización de la persona que receta.

La sección de información clínica incluye detalles relativos al diagnóstico y un recordatorio de adjuntar la documentación clínica.

- La sección de Receta cubre cualquier concentración de SYNAGIS en cantidad suficiente para alcanzar la dosis de 15 mg/kg.
- La receta de epinefrina es opcional.
- La persona que receta puede elegir rellenar el círculo rojo para incluir suministros auxiliares necesarios para la administración, como jeringas, con la receta.
- La persona que receta puede determinar la concentración de la dosis en función del peso del paciente.

Se requiere la firma de la persona que receta para **ya sea** Entregar tal como está escrito **o bien** Sustitución permitida. Las firmas con sello no están permitidas.

Debe hacerse todo lo posible por obtener el consentimiento del padre/la madre/el cuidador en la página 2. Si no es posible comunicarse con el padre/la madre/el cuidador, esta página se puede enviar por separado y SYNAGIS CONNECT<sup>®</sup> se pondrá en contacto con el padre/la madre/el cuidador para obtener el consentimiento.



# Información para ayudar a completar el Formulario universal de inscripción y receta

Tanto la Autorización para compartir información médica como el Consentimiento para la inscripción en SYNAGIS CONNECT® deben firmarse para que SYNAGIS CONNECT® proporcione servicios.

Si es necesario, esta página se puede omitir del envío inicial si los intentos de conectarse con el padre/la madre/el cuidador del paciente fracasan. Si el padre/la madre/el cuidador no está disponible para firmar, SYNAGIS CONNECT® se pondrá en contacto para obtener el consentimiento del padre/la madre/el cuidador.

AUTORIZACIÓN EN VIRTUD DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE LOS SEGUROS MÉDICOS (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT, HIPAA)

CONSENTIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN EN SYNAGIS CONNECT

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA:**

Al firmar a continuación, Autorizo a los proveedores de atención médica de mi hijo y a su personal, farmacias y seguros de salud a usar y revelar a Sobi, Inc. y sus filiales, socios comerciales, proveedores, y otros agentes (colectivamente, "Sobi") información médica sobre mi hijo relacionada con la afección y el tratamiento médico de mi hijo, seguros médicos y reclamaciones de cobertura, y la receta (incluida la información sobre entrega/reposición) de SYNAGIS ("Información") para (1) inscribir a mi hijo en el programa de apoyo al paciente SYNAGIS CONNECT® (el "Programa") y brindarle servicios en virtud de este; (2) obtener información sobre la cobertura del seguro de mi hijo; (3) coordinar el procesamiento de las recetas según lo indicado por el médico de mi hijo; (4) proporcionarme recordatorios de cumplimiento y apoyo; y (5) ponerse en contacto conmigo para llevar a cabo estudios de mercado y para organizar que reciba información promocional, y/o materiales de marketing sobre programas de apoyo de Sobi o productos de Sobi. Una vez que la información de mi hijo se haya divulgado a Sobi, comprendo que es posible que las leyes federales de privacidad ya no la protejan de su posterior divulgación. Sin embargo, también comprendo que Sobi protegerá la información de mi hijo al utilizarla y divulgarla solo para los fines permitidos por mí en esta Autorización o según lo requiera la ley.

Comprendo y acepto que la farmacia que dispensa SYNAGIS pueda recibir pagos de Sobi a cambio de revelar la información de mi hijo a Sobi y proporcionar servicios del Programa.

Comprendo que no tengo la obligación de firmar esta Autorización. La decisión de no firmar esta autorización no afectará la capacidad de mi hijo de obtener tratamiento médico de los proveedores de atención médica, el pago por el tratamiento o la elegibilidad para beneficios de seguro médico, o acceso a medicamentos de Sobi. Sin embargo, si no firmo esta Autorización, comprendo que mi hijo no podrá participar en el programa.

Comprendo que esta Autorización caduca en (2) dos años a partir de la fecha de firma a continuación, o antes si así lo exige la legislación estatal o local, a menos y hasta que cancele (revoque) esta Autorización antes de ese momento. Puedo cambiar de opinión y cancelar esta Autorización en cualquier momento llamando al 1-833-SYNAGIS (1-833-796-2447) o notificándolo por escrito a Sobi en SYNAGIS CONNECT, PO Box 29076, Phoenix, AZ 85038-9076. La cancelación de esta Autorización pondrá fin a los usos y divulgaciones posteriores de la información de mi hijo por parte del proveedor de atención médica de mi hijo y su personal, farmacias y seguros de salud basados en esta Autorización, y la participación de mi hijo en el Programa cuando reciba aviso de mi cancelación, pero no afectará a ningún uso o divulgación de la información de mi hijo realizada por los proveedores de atención médica de mi hijo y su personal, farmacias y seguros de salud con base en esta Autorización antes de recibir la cancelación.

**CONSENTIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN EN SYNAGIS CONNECT®**

Al firmar a continuación, me inscribo en SYNAGIS CONNECT® (el "Programa"). Autorizo a Sobi, Inc., y a sus filiales, socios comerciales, proveedores y otros agentes (colectivamente, "socios comerciales" y, junto con Sobi, Inc., "Sobi") a proporcionarnos a mí y a mi hijo los servicios para los que somos elegibles en virtud del Programa. Dichos servicios pueden incluir comunicaciones y apoyo sobre medicación y cumplimiento, apoyo a la dispensación de medicación, cobertura de seguros y apoyo a la asistencia financiera, educación sobre enfermedades y medicamentos y otros servicios de apoyo ofrecidos ahora o en el futuro. Como parte de las ofertas del Programa, acepto inscribirme en el programa de asistencia con copagos si soy elegible.

Doy mi consentimiento para recibir llamadas de marketing autmarcadas y pregrabadas y mensajes de texto de Sobi, y empresas que trabajan con Sobi, al/a los número(s) de teléfono que proporcione. Comprendo que mi consentimiento no es necesario como condición para comprar o recibir ningún bien o servicio de Sobi. Comprendo que puedo revocar esta autorización y elegir no recibir llamadas de marketing automatizadas y mensajes de texto de Sobi en cualquier momento llamando al 1-833-SYNAGIS (1-833-796-2447) o notificando a Sobi por escrito a PO Box 29076, Phoenix, AZ 85038-9076.

Comprendo y doy mi consentimiento para que SYNAGIS CONNECT® se ponga en contacto conmigo por correo electrónico o teléfono móvil utilizando la información proporcionada en este formulario para brindarme recordatorios de administración de dosis. SYNAGIS CONNECT® también puede utilizar mi información para investigaciones de mercado o para evaluar y mejorar los servicios y programas de la empresa. Comprendo que puedo hacer que SYNAGIS CONNECT® deje de ponerse en contacto conmigo en cualquier momento haciendo clic en el enlace "Darse de baja" al final de los correos electrónicos que reciba de SYNAGIS CONNECT®. También puedo excluirme en cualquier momento respondiendo "STOP" a los mensajes de texto que reciba. Comprendo que SYNAGIS CONNECT® y las empresas que prestan servicios a SYNAGIS CONNECT® no venderán ni alquilarán mi información de identificación personal. Para obtener más información sobre los Términos y condiciones de Sobi, incluidas las prácticas de privacidad, lea nuestros Términos y condiciones visitando <https://sobi-northamerica.com/terms-and-conditions>. Consulte nuestra Política de privacidad en la página siguiente.

**CONSENTIMIENTO PARA LA AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA:**

Nombre completo (en mayúsculas) del padre/la madre/el cuidador: \_\_\_\_\_

**FIRME AQUÍ** Firma del padre/la madre/el cuidador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN EN SYNAGIS CONNECT®:**



Nombre completo (en letra de imprenta) del padre/la madre/el cuidador: \_\_\_\_\_

**FIRME AQUÍ** Firma del padre/la madre/el cuidador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

El nombre y la fecha de nacimiento del paciente deben estar en cada página.

Los padres/cuidadores pueden elegir rellenar los círculos rojos para dar su consentimiento para recibir llamadas de marketing y mensajes de texto de SYNAGIS CONNECT®.

# Información para ayudar a completar el Formulario universal de inscripción y receta

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**POLÍTICA DE PRIVACIDAD DE SOBI, INC.**  
**ASPECTOS GENERALES**

Sobi, Inc. respeta la privacidad de todas las personas que visitan <http://www.sobi-northamerica.com> (el "Sitio web"). Esta Política de privacidad describe la información que Sobi, Inc. recopilará y cómo la utilizaremos.

**INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL**

Puede haber casos en los que Sobi, Inc. le pida información de identificación personal como su nombre, dirección postal y dirección de correo electrónico. Por ejemplo, podemos solicitar información de identificación personal cuando participe en una encuesta, concurso u otro servicio que requiera registro o suscripción. Sobi, Inc. no recopilará información de identificación personal sobre usted a menos que nos la proporcione voluntariamente.

Cuando visite el sitio web, podemos almacenar cierta información en su computadora. Esta información tendrá forma de una "cookie" o un archivo similar y nos ayudará a ofrecer una mayor personalización y funcionalidad. Con la mayoría de los navegadores de Internet, puede borrar las cookies del disco duro de su computadora, bloquear todas las cookies o recibir una advertencia antes de que se almacene una cookie. Consulte las instrucciones de su navegador o la pantalla de ayuda para obtener más información sobre estas funciones.

Salvo que se indique lo contrario en esta Política de privacidad, o que se indique lo contrario en el momento en que se recopile información de identificación personal, no proporcionaremos información de identificación personal a terceros que no estén bajo la dirección y el control de Sobi, Inc.

**NIÑOS**

El sitio web no está dirigido a personas menores de trece años de edad, y Sobi, Inc. no tiene intención de recopilar ninguna información de identificación personal de dichas personas, a menos que se indique lo contrario en el momento en que se recopile dicha información.

**INFORMACIÓN RECOPIADA AUTOMÁTICAMENTE**

Sobi, Inc. también puede recopilar automáticamente información no identificable personalmente sobre su uso del sitio web, como el dominio desde el que accede a Internet (por ejemplo, aol.com), si se conecta desde una cuenta de America Online, la fecha y hora en que accede al sitio web y la dirección de Internet del sitio web desde el que se vinculó directamente a nuestro sitio web. Esta información no estará vinculada a información de identificación personal. Sobi, Inc. puede utilizar esta información para analizar y mejorar el Sitio web y puede agregar esta información y compartir dicha información agregada con socios comerciales, patrocinadores y otros terceros.

**ENLACES A OTROS SITIOS WEB**


El Sitio web puede permitir enlaces a otros sitios web. Sobi, Inc. no asume ninguna responsabilidad por las prácticas de información de los sitios a los que usted pueda acceder a través del sitio web. Estos enlaces a otros sitios no implican la afiliación ni el respaldo de un sitio enlazado.

**SEGURIDAD**

La importancia de la seguridad para toda la información de identificación personal asociada con los visitantes del sitio web es de suma preocupación para nosotros. Lamentablemente, no se puede garantizar la seguridad de la transmisión de datos a través de Internet. Como resultado, Sobi, Inc. no puede asegurar ni garantizar la seguridad de la información que nos transmita, y usted lo hace bajo su propio riesgo. Una vez que recibamos su información de identificación personal, haremos todo lo posible por garantizar su seguridad en nuestros sistemas.

**SU ACEPTACIÓN DE ESTOS TÉRMINOS**

Al utilizar el Sitio web, usted manifiesta su asentimiento a la Política de privacidad de Sobi, Inc. Si no acepta esta Política, no utilice el Sitio web. Su uso continuado del Sitio web después de la publicación de cambios en estos términos significará que acepta dichos cambios. Sin embargo, Sobi, Inc. utilizará información de identificación personal únicamente de acuerdo con la versión de la Política de privacidad en virtud de la cual se recopiló la información.

 SYNAGIS® y SYNAGIS CONNECT® son marcas comerciales registradas de Arexix AB c/o Swedish Orphan Biovitrum AB (publ).  
© 2021 Swedish Orphan Biovitrum. Todos los derechos reservados. PP-11358 06/21

No se requiere para el envío  
3 de 3

En esta página se explica la Política de privacidad de Sobi, Inc. Es solo para su referencia y no es necesario que se devuelva a la persona que receta ni a SYNAGIS CONNECT®.