

Envíe por fax el formulario completado a: **1-844-708-0011**. Si tiene alguna pregunta, llame al **1-844-PALFORZ (1-844-725-3679)**.

***Campo obligatorio**

PARA PACIENTES

1. Información del paciente

Masculino

Femenino

Primer nombre (en letra de imprenta)* Inicial 2.º nombre Apellido* Fecha de nacimiento*(mm/dd/aaaa)* Sexo*

Dirección* Ciudad* Estado* Código postal* Últimos 4 dígitos del número de seguro social (SSN) del suscriptor del seguro principal (para la verificación del seguro)*

Nombre del padre, la madre o el tutor legal Relación con el paciente

Número de teléfono principal del padre, la madre o el tutor legal* Celular Residencial Número secundario Celular Residencial

Correo electrónico del padre, la madre o el tutor legal

¿Se puede dejar correo de voz detallado con información sobre el tratamiento?* Sí No

¿Se puede dejar un mensaje de texto detallado con información sobre el tratamiento?* Sí No

2. Diagnóstico e información clínica

ICD 10 Código Z91.010 (alergia al maní) Otros: _____

3. Cita de incremento escalonado de la dosis inicial: para ser completado por el médico que receta el fármaco junto con el paciente

Seleccione la farmacia especializada que prefiere el paciente a continuación, si se conoce.

Fecha anticipada de la cita para el incremento escalonado de la dosis inicial (mm/dd/aaaa) Farmacia especializada AllianceRx-Walgreens Farmacia especializada Optum Farmacia especializada CVS No sabe

4. Información sobre la receta

Receta de PALFORZIA

La receta con ajuste de dosis ascendente para toda la terapia deberá incluir las siguientes formulaciones (cada receta es para 1 envase de medicamento; indique para cada receta cuántos envases se permiten):

Incremento escalonado de la dosis inicial

El incremento escalonado de la dosis inicial se administra en un solo día bajo la supervisión de un profesional de atención médica. No trague las cápsulas.

PALFORZIA – Tarjeta de incremento escalonado de la dosis inicial
Cantidad: _____ Reposición: _____

Dosis ascendente

Abra la(s) cápsula(s) o el sobre y vacíe la dosis entera del polvo PALFORZIA en unas cucharadas de alimento semisólido refrigerado o a temperatura ambiente, aproximadamente a la misma hora todos los días, según lo indicado por su proveedor de atención médica. No trague las cápsulas.

PALFORZIA – 3 mg (nivel 1) Cantidad: _____ Reposición: _____

PALFORZIA – 6 mg (nivel 2) Cantidad: _____ Reposición: _____

PALFORZIA – 12 mg (nivel 3) Cantidad: _____ Reposición: _____

PALFORZIA – 20 mg (nivel 4) Cantidad: _____ Reposición: _____

PALFORZIA – 40 mg (nivel 5) Cantidad: _____ Reposición: _____

Cantidad de recetas por escrito: _____

Dosis ascendente (cont.)

PALFORZIA – 80 mg (nivel 6) Cantidad: _____ Reposición: _____

PALFORZIA – 120 mg (nivel 7) Cantidad: _____ Reposición: _____

PALFORZIA – 160 mg (nivel 8) Cantidad: _____ Reposición: _____

PALFORZIA – 200 mg (nivel 9) Cantidad: _____ Reposición: _____

PALFORZIA – 240 mg (nivel 10) Cantidad: _____ Reposición: _____

PALFORZIA – 300 mg (nivel 11), Sobres de 15 unidades Cantidad: _____ Reposición: _____

Mantenimiento (suministro mensual)

Abra el sobre y vacíe la dosis entera del polvo PALFORZIA en unas cucharadas de alimento semisólido refrigerado o a temperatura ambiente, aproximadamente a la misma hora todos los días, según lo indicado por su proveedor de atención médica.

PALFORZIA – 300 mg, Sobres de 30 unidades Cantidad: _____ Reposición: _____
1 caja

5. Información del médico que receta

Primer nombre* Inicial 2.º nombre Apellido* Especialidad

Nombre del consultorio N.º de teléfono del consultorio N.º de fax del consultorio

Dirección del consultorio (lugar donde el paciente recibirá atención) Ciudad Estado Código postal*

N.º de NPI del médico que receta* N.º de NPI del grupo N.º de identificación tributaria del médico que receta

6. Declaración completa de necesidad médica y consentimiento

Al firmar a continuación, certifico que (1) según mi criterio clínico independiente, la terapia de Aimmune Therapeutics (Aimmune) que receté es necesaria desde el punto de vista médico y es lo mejor para el paciente mencionado anteriormente; (2) tengo el consentimiento requerido en virtud de la ley federal o estatal para divulgar la información del paciente en este formulario a Aimmune y sus filiales, agentes, contratistas y socios comerciales (colectivamente, "Aimmune") para la verificación de los beneficios y la coordinación de la entrega de PALFORZIA; (3) cumpliré con los requisitos para recetar específicos del estado y comprendo que, si no cumplo con estos requisitos, podría haber un contacto adicional 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 Aimmune según lo autorizado por el paciente. (5) Autorizo a Aimmune a actuar en mi nombre para los fines limitados de enviar esta receta a la farmacia correspondiente designada por el paciente utilizando su plan de beneficios. Esta autorización incluye permitir que Aimmune se comuniquen con los pagadores en mi nombre para confirmar la elegibilidad y los beneficios del plan de salud de este paciente.

Firma del médico que receta (sin sellos) **Entregar según lo escrito** Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre y apellido del médico que receta (en letra de imprenta) N.º de NPI del médico que receta

Firma del médico que receta (sin sellos) **Se permiten sustituciones.** Fecha (mm/dd/aaaa)

Médico que atendió (si corresponde)

PARA EL MÉDICO QUE RECETA

7. Información sobre el seguro del paciente

Incluya copias del anverso y del reverso de todas las tarjetas de seguros y complete esta sección.

Nombre del seguro de beneficios de farmacia	Nombre del seguro principal	Nombre del seguro secundario
Compañía de seguros	Compañía de seguros	Compañía de seguros
N.º de ident.	N.º de ident.	N.º de ident.
N.º de grupo	N.º de grupo	N.º de grupo
N.º de BIN/PCN		
N.º de teléfono del seguro	N.º de teléfono del seguro	N.º de teléfono del seguro
Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente)	Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente)	Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente)
Nombre del empleador (si corresponde)	Relación con el paciente	Relación con el paciente

El paciente está inscrito en un plan de salud calificado (qualified health plan, QHP) o en un programa de atención médica de fondos gubernamentales, como Medicare, Medicaid, VA, DoD o TRICARE.

El paciente no tiene seguro. Si desea que verifiquemos la elegibilidad para el Programa de asistencia del paciente ("PAP") de PALFORZIA™, complete la autorización del paciente para PALFORZIA Pathway en la sección 8.

8. Autorización y consentimiento del paciente

Consentimiento del paciente – Autorización para recibir telecomunicaciones y mensajes de comercialización (opcional)

Al completar y presentar este formulario, acepto que puedo recibir llamadas/mensajes de texto que no sean de comercialización por parte o en nombre de Aimmune al (los) número(s) de teléfono que proporcione. Comprendo que estas comunicaciones pueden enviarse mediante un discado automático o una voz artificial/pregrabada al (los) número(s) de teléfono que proporcione. Pueden aplicarse tarifas por los mensajes y el uso de los datos. Mensajes recurrentes; la frecuencia puede variar.

Marque aquí para recibir herramientas y recursos útiles de comercialización de Aimmune como apoyo para el tratamiento con PALFORZIA. Al marcar esta casilla, doy mi consentimiento para recibir información de comercialización, ofertas y materiales educativos relacionados con la alergia al maní o sobre Aimmune y sus terapias, incluidos el programa de comercialización para relaciones con los clientes de Aimmune. Comprendo que mi consentimiento no es obligatorio ni una condición para comprar las terapias de Aimmune ni para recibir apoyo de Aimmune a través del Programa de apoyo de PALFORZIA Pathway.

Nombre del padre, la madre o el tutor legal

Firma del padre, la madre o el tutor legal

Fecha (mm/dd/aaaa)

Consentimiento del paciente – Programa de ahorros en copago y Programa de asistencia del paciente de PALFORZIA Pathway (opcional)

Tenga en cuenta que si un paciente necesita asistencia financiera a través del Programa de asistencia del paciente de PALFORZIA Pathway, también se requiere una firma en la siguiente sección de autorización del paciente para PALFORZIA Pathway.

Comprendo que puedo ser elegible para recibir asistencia a través del Programa de ahorros en copago o del Programa de asistencia del paciente ("PAP") de PALFORZIA Pathway, y otorgo mi permiso para que el Programa de apoyo de PALFORZIA Pathway determine mi elegibilidad para estos programas.

Comprendo que, si mi seguro no cubre la terapia de Aimmune, puedo ser elegible para participar en el PAP de PALFORZIA Pathway. Otorgo mi permiso para que el Programa de apoyo de PALFORZIA Pathway verifique mi elegibilidad. Certifico que mis ingresos familiares son \$_____/año y que hay ____ personas en nuestro hogar. Acepto que, al determinar mi elegibilidad para el PAP, mis ingresos familiares pueden estar sujetos a verificación.

Comprendo que estoy dando "instrucciones por escrito" por las que autorizo a Aimmune y a su proveedor, en virtud de la Ley de Informe Equitativo de Crédito ("FCRA"), a obtener información de mi perfil de crédito u otra información de una agencia del consumidor para los fines de determinar las calificaciones financieras para acceder a programas de apoyo para pacientes administrados por Aimmune que solicite ahora o en el futuro.

Nombre del padre, la madre o el tutor legal

Firma del padre, la madre o el tutor legal

Fecha (mm/dd/aaaa)

Autorización del paciente para PALFORZIA Pathway (opcional)

Por la presente, autorizo que los médicos que recetan, los planes de salud, los pagadores, las farmacias y sus respectivos contratistas y agentes ("mis organizaciones de atención médica") compartan mi información personal y médica ("mi información") relacionada con mi terapia de Aimmune con Aimmune Therapeutics, Inc. y sus afiliadas, agentes y contratistas, (colectivamente, "Aimmune"), como se describe a continuación.

Comprendo que mi farmacia, los médicos que recetan o sus contratistas pueden recibir remuneración de Aimmune por divulgar mi información a Aimmune y para brindarme servicios de apoyo, incluido el envío de comunicaciones, en virtud de esta autorización.

8. Autorización y consentimiento del paciente (continuación)

Autorización del paciente para PALFORZIA Pathway™ (continuación)

Autorizo que las organizaciones de atención médica compartan mi información con Aimmune para que Aimmune: (1) se comuniquen conmigo, con mis organizaciones de atención médica o con terceros que yo haya identificado, acerca de mi enfermedad o tratamiento; (2) confirme la elegibilidad y los beneficios de mi plan de salud y determine si puedo ser elegible para participar en programas de asistencia financiera; (3) me proporcione apoyo con los reembolsos; (4) me contacte para fines comerciales internos, incluidos control de calidad, encuestas para mejorar el apoyo e investigación de mercado; (5) me envíe información de comercialización, ofertas y materiales educativos relacionados con la alergia al maní o con las terapias de Aimmune, incluido el Programa de apoyo de PALFORZIA Pathway; y (6) use y divulgue mi información por motivos de seguridad o según lo exija la ley. Comprendo que, si no firmo este formulario, aún seré elegible para los beneficios del plan de salud y que no se verán afectados mi tratamiento ni el pago de mi tratamiento por parte de los médicos que recetan y por la farmacia, pero no tendré acceso al apoyo de Aimmune descrito anteriormente.

Comprendo que, una vez que mi información médica se haya divulgado a Aimmune, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad y pueda ser divulgada nuevamente. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento notificando a Aimmune al 1-844-PALFORZ (1-844-725-3679). Mi cancelación no entrará en vigencia hasta después de que Aimmune la reciba y notifique a mis organizaciones de atención médica y no se aplicará a ninguna información divulgada según esta autorización, antes de mi cancelación. Tengo derecho a una copia de esta autorización firmada, que vence a los diez (10) años o en otro período requerido por el estado en el que resido, lo que suceda primero, a partir de la fecha en que firme.

Nombre del padre, la madre o el tutor legal*

Firma del padre, la madre o el tutor legal*

Fecha (mm/dd/aaaa)*

Relación del tutor legal autorizado con el paciente*