



Envíe el formulario completado por fax 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

Nombre (en letra de imprenta)* _____ Inicial seg. nombre _____ Apellido* _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)* _____ Sexo* Masculino Femenino

Dirección* _____ Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____

Nombre del padre/de la madre/del tutor legal _____ Relación con el paciente _____

Teléfono principal del padre/de la madre/del tutor legal* Móvil Particular Nombre y teléfono secundarios Móvil Particular

Correo electrónico del padre/de la madre/del tutor legal _____

¿Desea recibir un correo de voz con detalles?* Sí No ¿Desea recibir un mensaje de texto con detalles (pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos)?* Sí No

2. Diagnóstico e información clínica*

Z91.010 Alergia al maní T78.01XA Reacción anafiláctica al maní, encuentro inicial T78.01XD Reacción anafiláctica al maní, encuentro posterior

T78.01XS Reacción anafiláctica al maní, secuelas Otro: _____

3. Cita de aumento escalonado de la dosis inicial: Para ser completado por el médico prescriptor junto con el paciente*

Fecha prevista de la cita de aumento escalonado de la dosis inicial (dd/mm/aaaa) _____ Seleccione la farmacia especializada preferida del paciente a continuación, si la conoce.

Farmacia especializada de Walgreens (Central)

Farmacia especializada de Walgreens (comunidad): _____

N.º de identificación: _____

4. Información de receta: PALFORZIA*

Instrucciones: Abra las cápsulas o el sobre asociado con el nivel de dosis actual y vacíe toda la dosis de polvo de PALFORZIA en unas pocas cucharadas de alimentos semisólidos refrigerados o a temperatura ambiente, aproximadamente a la misma hora todos los días, según las instrucciones de su proveedor de atención médica. Mezclar bien. No trague las cápsulas. Tome inmediatamente todo el volumen de la mezcla preparada.

Nota: La prescripción de aumento de dosis ajustada para todo el ciclo de terapia incluirá las siguientes formulaciones (cada prescripción es para 1 envase; indique para cada prescripción cuántos envases están permitidos):

Aumento escalonado de la dosis inicial: El aumento escalonado de la dosis inicial se administra en un solo día bajo la supervisión de un profesional de atención médica. Seleccione la tarjeta de aumento escalonado de la dosis inicial adecuada para la edad del paciente.

La tarjeta de aumento escalonado de la dosis inicial para niños pequeños (de 1 a 3 años de edad) no puede entregarse a un paciente después de la edad indicada.

PALFORZIA - Tarjeta de aumento escalonado de la dosis inicial (de 4 a 17 años) Cantidad: _____ Reposición: _____

PALFORZIA - Tarjeta de aumento escalonado de la dosis inicial (de 1 a 3 años) Cantidad: _____ Reposición: _____

Aumento progresivo de la dosis:
PALFORZIA - 1 mg (Nivel 0) se limita SOLAMENTE al niño pequeño (de 1 a 3 años)

PALFORZIA - 1 mg (Nivel 0) Cantidad: _____ Reposición: _____

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: _____

Aumento progresivo de la dosis (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):

La entrega del recuento de 90 días está sujeta a la aprobación del seguro.

PALFORZIA - 300 mg (30 días), sobres de 30 unidades Cantidad: _____ Reposición: _____

PALFORZIA - 300 mg (90 días), sobres de 30 unidades cantidad: _____ Reposición: _____

Cantidad de recetas escritas: _____

5. Información del médico prescriptor*

Nombre _____ Inicial seg. nombre _____ Apellido _____ Especialidad _____

Nombre del consultorio _____ Teléfono del consultorio _____ Fax del consultorio _____

Nombre del contacto principal _____ Teléfono del contacto principal _____

Dirección del consultorio (ubicación donde el paciente recibirá atención) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N.º de NPI del médico _____ N.º de NPI del grupo _____ N.º de identificación tributaria del médico prescriptor _____

6. Declaración completa de necesidad médica, certificación y consentimiento*

Al firmar a continuación, certifico que (1) soy el médico, o un agente designado del proveedor de atención médica/consultorio que ha recetado PALFORZIA y, en función de mi criterio clínico independiente, la terapia con Stallergenes Greer que receté es médicamente necesaria y es lo mejor para el paciente mencionado anteriormente; (2) cuento con el consentimiento o la autorización exigidos por la ley federal o la ley estatal para la divulgación de la información del paciente en este formulario a Stallergenes Greer y sus afiliadas, agentes, y contratistas y socios comerciales (en conjunto, "Stallergenes Greer") para la verificación de beneficios, evaluar la elegibilidad del paciente para participar en los programas de PALFORZIA Pathway y coordinar la entrega de PALFORZIA; (3) cumpliré con los requisitos de prescripción específicos del estado y comprendo que el incumplimiento de estos requisitos podría dar lugar a una comunicación por parte de la farmacia especializada del paciente; (4) entiendo que la información que proporciono en este formulario, si lo firma el paciente, será utilizada por Stallergenes Greer según lo autorizado por el paciente. Autorizo a Stallergenes Greer a actuar en mi nombre con el fin limitado de transmitir esta receta a la farmacia adecuada que ha designado el paciente utilizando su plan de beneficios. Esta autorización incluye permitir que Stallergenes Greer se comuniquen con los pagadores en mi nombre para confirmar la elegibilidad y los beneficios del plan de salud de este paciente; (5) comprendo que no tengo la obligación de recetar ningún producto de Stallergenes Greer ni de participar en el programa PALFORZIA Pathway y que no he recibido ni recibiré ningún beneficio de Stallergenes Greer por recetar un producto de Stallergenes Greer; (6) no se podrá presentar ningún producto gratuito a ningún pagador para su reembolso, incluidos Medicare y Medicaid; y no se podrá vender ningún producto gratuito, negociado o distribuido para la venta; (7) la información proporcionada en este formulario es precisa a mi leal saber y entender.

Firma del médico prescriptor (sin sellos) **Entregar tal como está escrito** _____ Fecha (dd/mm/aaaa) _____

Nombre y apellido del médico prescriptor (en letra de imprenta) _____ N.º de NPI del médico prescriptor _____

Firma del médico prescriptor (sin sellos) **Se permiten sustituciones** _____ Fecha (dd/mm/aaaa) _____

Médico tratante (si corresponde) _____

PARA MÉDICOS PRESCRIPTORES

7. Información del seguro del paciente

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

Nombre del seguro de beneficios de farmacia	Nombre del seguro primario	Nombre del seguro secundario
Compañía de seguros	Compañía de seguros	Compañía de seguros
N.º de ID	N.º de ID	N.º de ID
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 (QHP) o en un programa de atención médica financiado por el Gobierno, como Medicare, Medicaid, VA, DoD o TRICARE.
- El paciente tiene un seguro comercial y entiende que puede ser elegible para el Programa de ahorros en copagos de PALFORZIA Pathway; información disponible en PalforziaCoPay.com.
- El paciente no tiene seguro. Al seleccionar esta opción, el Centro de pacientes de PALFORZIA Pathway™ revisará la elegibilidad y los criterios del Programa de asistencia al paciente (PAP) con el paciente. Se requiere que el paciente y el profesional de atención médica completen un formulario y consentimiento adicionales para verificar la elegibilidad.

8. Autorización y consentimiento del paciente

Al completar y enviar este formulario, reconozco que puedo recibir llamadas/mensajes de texto de Stallergenes Greer o en nombre de esta a los números de teléfono que proporciono. Comprendo que estas comunicaciones pueden enviarse mediante un automarcador o por voz artificial/pregrabada a los números de teléfono que proporciono. Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos. Mensajes recurrentes; la frecuencia puede variar.

Aceptación de comercialización (opcional)

- Marque aquí para recibir herramientas y recursos de comercialización útiles de Stallergenes Greer que ayudarán en su tratamiento con PALFORZIA. Al marcar esta casilla, otorgo mi consentimiento para recibir información de marketing, ofertas y materiales educativos relacionados con la alergia al maní y/o Stallergenes Greer y sus terapias, incluido el programa de marketing de relaciones con los clientes de Stallergenes Greer. Comprendo que no se requiere mi consentimiento ni una condición para comprar terapias de Stallergenes Greer o recibir apoyo de Stallergenes Greer a través del Programa de apoyo PALFORZIA Pathway. Entiendo que Stallergenes Greer y las compañías que actúen en su nombre solo usarán mis datos personales descritos en (<https://www.stagrallegry.com/privacy-policy/>). También comprendo que puedo optar por no recibir información de Stallergenes Greer en futuras comunicaciones.

Nombre del padre/de la madre/del tutor legal

Firma del padre/de la madre/del tutor legal

Fecha (dd/mm/aaaa)

Autorización del paciente para PALFORZIA Pathway

Por el presente autorizo a mis médicos prescriptores, planes de salud, pagadores, farmacias y sus respectivos contratistas y agentes ("mis organizaciones de atención médica") a divulgar mi información médica, incluida información de salud, de laboratorio y relacionada con mi diagnóstico o elegibilidad para la terapia y el tratamiento de mi afección médica ("mi información") con Stallergenes Greer y sus afiliadas, agentes y contratistas (en conjunto, "Stallergenes Greer") según se describe a continuación. Comprendo que ciertas partes, como mis proveedores de farmacia o sus contratistas, pueden recibir remuneración financiera de Stallergenes Greer por divulgarle mi información y por proporcionarme servicios de apoyo, incluido el envío de comunicaciones, de conformidad con esta autorización.

Autorizo a mis organizaciones de atención médica a divulgar mi información médica a Stallergenes Greer para que me inscriban en PALFORZIA Pathway, me proporcionen servicios como paciente y administren el programa PALFORZIA Pathway. Autorizo a Stallergenes Greer a (1) comunicarse conmigo o con mis organizaciones de atención médica, u otras personas que he identificado, para las actividades descritas en esta autorización; (2) confirmar la elegibilidad y los beneficios de mi plan de salud, y determinar si puedo ser elegible para programas de asistencia financiera; (3) brindarme servicios como paciente, incluido el apoyo de reembolsos; y (4) usar y divulgar mi información por motivos de seguridad o según lo exija la ley. Comprendo que esta autorización es voluntaria y que si no

8. Autorización y consentimiento del paciente (continuación)

Autorización del paciente para PALFORZIA Pathway(continuación)

firmo este formulario, mi tratamiento, el pago por mi tratamiento por parte de mis médicos prescriptores y mi farmacia, y mi elegibilidad para recibir beneficios no se verán afectados, pero no tendré acceso al apoyo descrito anteriormente.

Comprendo que, una vez que mi información médica se haya divulgado a Stallergenes Greer, es posible que las leyes federales o estatales de privacidad ya no la protejan y que vuelva a divulgarse. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento notificando a Stallergenes Greer al 1-844-PALFORZ (1-844-725-3679). Mi cancelación no entrará en vigencia hasta que Stallergenes Greer la reciba y notifique a mis organizaciones de atención médica sobre ella, y no se aplicará a ninguna parte de mi información divulgada en función de esta autorización antes de mi cancelación. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada, que vence a los cinco (5) años u otro período de tiempo que se requiera en virtud del estado en el que resido, lo que ocurra primero, a partir de la fecha en que la firme. En el caso de los residentes de California en virtud de la Ley de California, si alguna entidad solicita una autorización de una persona para el uso o la divulgación de información médica protegida, la entidad deberá proporcionar a la persona una copia de la autorización firmada. Para obtener una copia digital o copias adicionales de la autorización firmada, tengo derecho a comunicarme con Stallergenes Greer al 1-844-PALFORZ (1-844-725-3679).

Nombre del padre/de la madre/del tutor legal*

Firma del padre/de la madre/del tutor legal*

Fecha (dd/mm/aaaa)*

Relación del tutor legal autorizado con el paciente*