

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - SECCIÓN 1, PÁGINA 1

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (FDN): _____

Dirección: _____ mes, día, año Hombre Mujer

Ciudad/Estado/Código postal: _____ N.º de seguro social: _____

Teléfono (domicilio): _____ (Trabajo): _____ (Otro): _____

Si usted estuviera inscrito en el Programa de Acceso Ampliado (Expanded Access Program) o en un programa de un ensayo clínico, por favor proporcione el nombre del centro y su número exclusivo de identificación de paciente _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO - SECCIÓN 2

Nombre del seguro primario: _____ Nombre del seguro secundario: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Suscriptor: _____ FDN: _____ Suscriptor: _____ FDN: _____

N.º de identificación del suscriptor: _____ N.º de identificación del suscriptor: _____

N.º de póliza/grupo: _____ N.º de póliza/grupo: _____

Autorización del solicitante

Confirmando que la información aportada en este formulario de inscripción es completa y exacta. Autorizo al programa a obtener y divulgar información obtenida del médico que me receta, compañía de seguro, y cualquier otra información que sea necesaria para poder completar el proceso de inscripción o verificar la exactitud de la información aportada en este formulario de inscripción y para suministrar servicios por medio de este programa. Además autorizo al programa y a sus administradores a usar y divulgar mi información médica personal con relación a esta receta a Medicare, mi plan y sus contratistas con el fin de coordinar beneficios y verificar las declaraciones efectuadas por mi médico y por mí con respecto a mi inscripción en el programa. Comprendo que mi nombre, dirección y cualquier otra información personal que me identifique aportada en este formulario de inscripción sólo quedará a disposición de LASH Group, el administrador de este programa, y que esta información no se revelará a nadie más, salvo cuando sea necesario para administrar el programa o cuando así lo exija la ley. Merck & Co., Inc., (Merck) no actúa como farmacia dispensadora. Merck no es responsable de comprobar ni verificar la información contenida en la Sección 3, que incluye (entre otros datos) las alergias, las enfermedades u otros medicamentos que esté tomando el paciente. Con respecto a este formulario de inscripción, comprendo que sólo la farmacia dispensadora será responsable de la información contenida en la Sección 3 de este formulario de inscripción. Además comprendo que a menos que cambie mi selección antes, mi autorización vencerá a los 15 meses de la fecha firmada abajo.

Firma original del paciente _____ Fecha ____ / ____ / ____

INSCRIPCIÓN PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA A LOS PACIENTES SUPPORT™**Información de inscripción del paciente**

Ingresos netos familiares anuales actuales (ingresos después de deducir los impuestos): \$ _____

Número de miembros de la familia que dependen de los ingresos anteriores (incluido el solicitante): _____

Declaración del solicitante para el Programa de Asistencia a los Pacientes SUPPORT™

Si solicito participar en el Programa de Asistencia a los Pacientes SUPPORT™, confirmo que la información aportada en este formulario de inscripción es completa y exacta y que sin inscribirme en el programa no podré costearme este medicamento. Además comprendo que el Programa de Asistencia a los paciente SUPPORT™ podría solicitar documentación para verificar la información financiera o de seguro que considere necesaria para prestarme servicios. Comprendo que la asistencia del programa cesará si no coopero con los esfuerzos por verificar la información contenida en este formulario de inscripción; si no cumplo con las actividades necesarias para identificar/verificar fuentes posibles de cobertura alternativa financiera o de seguro; si el programa se entera de algún fraude; o si dejan de recetarme este medicamento. Comprendo que Merck & Co., Inc., se reserva el derecho, en cualquier momento y sin previo aviso, de modificar el formulario de inscripción; de modificar o suspender cualquier o todos los programas, o dar fin a la asistencia. Comprendo que el hecho de llenar este formulario de inscripción no garantiza que yo reúna los requisitos para la asistencia a los pacientes con productos. Además confirmo que si mi medicamento se suministra bajo el Programa de Asistencia a los Pacientes SUPPORT™, no buscaré obtener reembolso ni crédito por esta receta por parte de ninguna compañía de seguros, organización de mantenimiento de la salud o programa del gobierno, y que si soy miembro de un plan Medicare Parte D, no intentaré que esta receta ni ningún costo asociado a la misma se cuente como parte de mis gastos o costos de mi propio bolsillo por medicamentos recetados.

Firma original del paciente _____ Fecha ____ / ____ / ____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - PÁGINA 2

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (FDN): _____
mes, día, año

INFORMACIÓN DE LA RECETA - SECCIÓN 3

ÉSTA ES LA RECETA. EL MÉDICO DEBE LLENAR ABAJO LA INFORMACIÓN SOBRE LA RECETA Y EL PRODUCTO. POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA. (NO ENVÍE UNA RECETA APARTE DE ESTA SOLICITUD.)

Nombre del paciente _____ Inicial del segundo nombre _____

Apellido _____

Fecha de nacimiento _____
M M D D A A A A

Nombre del producto _____ Concentración _____ Cantidad _____ Instrucciones _____ Repetición ____ (1, 2 ó 3) veces

Nombre del producto _____ Concentración _____ Cantidad _____ Instrucciones _____ Repetición ____ (1, 2 ó 3) veces

Número de licencia del estado _____ Fecha _____

Enviar producto a: Consultorio del médico Domicilio del paciente

ALERGIAS: Ninguna Por favor especificar _____

MEDICAMENTO(S) ACTUAL(ES) QUE TOMA EL PACIENTE: _____

CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO

(Debe tener la firma original del médico que receta, no sellos)

Certifico que esta receta está indicada desde el punto de vista médico para el paciente identificado en la Sección 1 anterior y que supervisaré los tratamientos del paciente. Confirmando que la información proporcionada es completa y exacta a mi leal saber y entender.

Firma original del médico: _____ Fecha: _____

Nombre del médico (en letra de imprenta): _____ Número de la DEA: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____ Teléfono: _____

N.º de Licencia: _____ UPIN: _____ Fax: _____

Contacto del consultorio del médico: _____