

Formulario de inscripción de Pfizer IGuide™ para CUTAQUIG® (inmunoglobulina subcutánea [humana]-hipp), solución al 16,5 %, OCTAGAM® (inmunoglobulina intravenosa [humana]), y PANZYGA® (inmunoglobulina subcutánea [humana]-ifas), solución al 10 %

Complete este formulario y envíelo por fax al 1-844-868-6329 o por correo a Pfizer IGuide™, PO Box 220692, Charlotte, NC 28222
Si necesita ayuda, llame al: 1-844-448-4337, de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 8:00 P. M., hora del este (ET).
Para obtener información detallada sobre cómo recopilamos y utilizamos los datos personales, incluidos los derechos de privacidad
aplicables en los Estados Unidos y los anuncios para los residentes en California, visite www.pfizer.com/privacy.

MARQUE LA OPCIÓN INDICADA DEL FÁRMACO: CUTAQUIG OCTAGAM 5 % OCTAGAM 10 % PANZYGA

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (DEBE COMPLETARLA EL PACIENTE O EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA) LOS CAMPOS OBLIGATORIOS SE INDICAN CON UN ASTERISCO (*)

*NOMBRE (NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)		*SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> NO DIVULGADO	
*DIRECCIÓN	*CIUDAD	*ESTADO	*CÓDIGO POSTAL
*FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)	TELÉFONO PARTICULAR	TELÉFONO MÓVIL	SE PUEDE DEJAR UN MENSAJE <input type="checkbox"/>
PREFERENCIA DE IDIOMA	NOMBRE DEL CUIDADOR	RELACIÓN DEL CUIDADOR CON EL PACIENTE	NOMBRE DEL CUIDADOR

2. INFORMACIÓN DEL SEGURO (DEBE COMPLETARLA EL PACIENTE O EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA) LOS CAMPOS OBLIGATORIOS SE INDICAN CON UN ASTERISCO (*)

INCLUYA UNA COPIA DEL ANVERSO Y EL REVERSO DE LAS TARJETAS DE SEGURO DEL PACIENTE

SEGURO PRINCIPAL

*NOMBRE DEL SEGURO	*TELÉFONO DEL SEGURO	*N.º DE IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA/GRUPO
*NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	*RELACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA CON EL PACIENTE	NÚMERO DE GRUPO

SEGURO SECUNDARIO

*NOMBRE DEL SEGURO	*TELÉFONO DEL SEGURO	*N.º DE IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA/GRUPO
*NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	*RELACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA CON EL PACIENTE	NÚMERO DE GRUPO

SEGURO DE MEDICAMENTOS RECETADOS

NOMBRE DEL SEGURO DE MEDICAMENTOS RECETADOS	N.º DE ID. DE LA PÓLIZA DE MEDICAMENTOS RECETADOS	N.º DE ID. DE BENEFICIOS (BIN) PARA MEDICAMENTOS RECETADOS
N.º DE ID. DE GRUPO	N.º DE ID. DE GRUPO DE MEDICAMENTOS RECETADOS	N.º DE CONTROL DE PROCESADOR (PCN) PARA MEDICAMENTOS RECETADOS

LUGAR DE ATENCIÓN PREFERIDO: FARMACIA DE INFUSIÓN DE ESPECIALIDAD CLÍNICA DE INFUSIÓN MÉDICA

*NOMBRE DE LA FARMACIA DE INFUSIÓN DE ESPECIALIDAD PREFERIDA	TELÉFONO DE LA FARMACIA DE ESPECIALIDAD
--	---

Autorizo a Pfizer y a sus afiliados, agentes, representantes y prestadores de servicios a enviar esta remisión por fax a la farmacia de especialidad de infusión designada anteriormente, siempre que esté aprobada por el plan del paciente. Si la farmacia de especialidad de infusión designada no está aprobada por el plan, solicito que se envíe un fax a una farmacia de especialidad de infusión que sí lo esté.

3. CONSENTIMIENTO PARA RECOPIRAR, UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL

Pfizer Inc. ("Pfizer") recopila cierta información médica personal (descrita a continuación) sobre las personas inscritas en el Programa Pfizer IGuide (el "Programa"). Pfizer busca este consentimiento porque necesita recopilar, usar y divulgar dicha información, que se considera información confidencial en algunos estados, en relación con el funcionamiento del Programa.

Información médica recopilada o compartida. La información médica personal que Pfizer y sus prestadores de servicios recopilan incluye nombre, identificador del paciente, registros médicos, información del prestador de servicios de atención médica, registros personales y otros datos que identifican su condición de salud, diagnóstico o tratamiento (en conjunto, "Información médica").

Fines de la recopilación y el uso. Su Información médica será compartida para los siguientes fines:

- Ser parte del Programa Pfizer IGuide.
- Brindarle Actividades de apoyo para pacientes que pueden incluir lo siguiente:
 - Servicios de verificación o investigaciones de beneficios y ayuda con el reembolso, que incluyen lo siguiente:
 - Asistencia para identificar los requisitos de autorización previa de mi aseguradora
 - Asistencia para identificar los requisitos de mi aseguradora para apelar una reclamación rechazada
 - Determinación de mi elegibilidad y asistencia para acceder a apoyo con el copago
 - Comunicación con mis Prestadores de servicios de atención médica sobre medicamentos de Pfizer y Actividades de apoyo para pacientes
 - Información y recursos de asistencia financiera, si soy elegible
 - Recursos para el control de enfermedades y otros materiales educativos, así como información sobre los productos, servicios y programas de Pfizer, que puede incluir el envío de encuestas sobre mi experiencia con los productos, servicios y programas de Pfizer
 - Pfizer también puede utilizar mi información médica con fines de control de calidad y para evaluar y mejorar las operaciones y servicios

Finalidades de la divulgación. Su Información médica será compartida para los siguientes fines:

- Ser parte del Programa Pfizer IGuide.
- Brindarle Actividades de apoyo para pacientes que pueden incluir lo siguiente:
 - Servicios de verificación o investigaciones de beneficios y ayuda con el reembolso, que incluyen lo siguiente:
 - Asistencia para identificar los requisitos de autorización previa de mi aseguradora
 - Asistencia para identificar los requisitos de mi aseguradora para apelar una reclamación rechazada
 - Determinación de mi elegibilidad y asistencia para acceder a apoyo con el copago
 - Comunicación con mis Prestadores de servicios de atención médica sobre medicamentos de Pfizer y Actividades de apoyo para pacientes
 - Información y recursos de asistencia financiera, si soy elegible
 - Recursos para el control de enfermedades y otros materiales educativos, así como información sobre los productos, servicios y programas de Pfizer, que puede incluir el envío de encuestas sobre mi experiencia con los productos, servicios y programas de Pfizer
 - Pfizer también puede utilizar mi información médica con fines de control de calidad y para evaluar y mejorar las operaciones y servicios

Duración. Al firmar el consentimiento para usar o el consentimiento para divulgar la información, acepto que estas entidades pueden usar o divulgar mi información médica para administrar el Programa o según lo permitan o requieran las leyes de privacidad aplicables. Permiso dicho uso o divulgación durante un año después de las fechas en que firmo cada consentimiento respectivamente, a menos y hasta que lo revoque (es decir, lo retire) por escrito antes de ese momento.

Formulario de inscripción de Pfizer IGuide™ para CUTAQUIG® (inmunoglobulina subcutánea [humana]-hipp), solución al 16,5 %, OCTAGAM® (inmunoglobulina intravenosa [humana]), y PANZYGA® (inmunoglobulina subcutánea [humana]-ifas), solución al 10 %

* NOMBRE DEL PACIENTE (NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)

3. CONSENTIMIENTO PARA RECOPIRAR, UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL (continuación.)

Revocación. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que Pfizer haya tomado alguna medida basándose en mis consentimientos. Entiendo que si revoco mi consentimiento, no tendrá ningún efecto en ninguna recopilación, uso o divulgación de mi Información médica que haya ocurrido antes de recibir mi revocación. Para revocar, entiendo que debo notificar a Pfizer llamando a Pfizer IGuide al 844-448-4337.

Entiendo que tanto mi consentimiento para recopilar y usar como mi consentimiento para divulgar mi Información médica son voluntarios y pueden revocarse por escrito en cualquier momento. Entiendo además que no permitir el procesamiento de mi Información médica puede resultar en que mi plan de salud o aseguradora no pueda participar en el Programa.

He leído este consentimiento o se me ha leído su contenido. Entiendo completamente los términos y condiciones descritos anteriormente.

Consentimiento para recopilar información médica:

- Al marcar esta casilla a partir de la fecha que aparece a continuación, firmo este consentimiento por mi propia voluntad y acepto la recopilación y el uso de mi Información médica como se describe anteriormente. Entiendo que una copia firmada de este consentimiento está disponible para mí si la solicito.

Consentimiento para divulgar información médica:

Al firmar este formulario, acepto recibir llamadas de Pfizer o de terceros que actúen en su nombre para determinar mi elegibilidad y prestar servicios de verificación de beneficios, autorización previa o asistencia con las apelaciones, recursos de asistencia financiera de Pfizer IGuide, información y otras Actividades de apoyo para pacientes (como la asistencia para copagos) y para otros fines no comerciales (como estado de la inscripción y actualizaciones de envío) a través del número o números de teléfono que proporcione. Comprendo que mi consentimiento no es obligatorio ni es una condición para adquirir cualquier producto o servicio de Pfizer.

Si tengo un cuidador, él o ella también ha aceptado recibir llamadas y, por la presente, da su permiso para que Pfizer, Pfizer IGuide, o las partes que actúen en su nombre se pongan en contacto con él o ella para tales fines llamando al número o números de teléfono proporcionados. Entiendo que yo (y, si corresponde, mi cuidador) puedo optar por dejar de recibir estas comunicaciones en cualquier momento, llamando a Pfizer IGuide al 844-448-4337, de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 8:00 P. M., hora del este (ET).

FIRME AQUÍ

_____ *Firma del paciente (paciente o representante del paciente)	_____ *Nombre del paciente en letra de imprenta
_____ Nombre del representante del paciente (En letra de imprenta. Obligatorio si firma en nombre del paciente).	_____ *Fecha
Si firma el representante del paciente, indique a continuación el tipo de autoridad para actuar en nombre del paciente:	
<input type="checkbox"/> Designación del tribunal <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención médica <input type="checkbox"/> Otra _____	

4. CONSENTIMIENTO Y DECLARACIÓN DEL PACIENTE SI SOLICITA ASISTENCIA PARA COPAGOS (OBLIGATORIO SI SOLICITA ASISTENCIA PARA COPAGOS)

Sí No Certifico que no estoy inscrito/a en un programa de seguro financiado por el gobierno federal o estatal, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, TRICARE, el sistema de atención de salud del Departamento de Asuntos de los Veteranos, un programa estatal de medicamentos recetados o el Plan de Seguro de Salud del Gobierno disponible en Puerto Rico (anteriormente conocido como "La Reforma de Salud"). Confirmando que no soy mayor de 65 años ni estoy jubilado/a. Declaro que no recibo ingresos del Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI) ni ningún otro beneficio de la Administración del Seguro Social (SSA). Asimismo, confirmo que ni yo ni ningún familiar directo prestamos servicio militar activo.

Al marcar esta casilla, confirmo que soy elegible para participar en este programa y acepto los Términos y condiciones especificados aquí o disponibles en [este enlace](#). Acepte los Términos y condiciones antes de continuar.

FIRME AQUÍ

_____ *Firma del paciente (paciente o representante del paciente)	_____ *Nombre del paciente en letra de imprenta
_____ Nombre del representante del paciente (En letra de imprenta. Obligatorio si firma en nombre del paciente).	_____ *Fecha
Si firma el representante del paciente, indique a continuación el tipo de autoridad para actuar en nombre del paciente:	
<input type="checkbox"/> Designación del tribunal <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención médica <input type="checkbox"/> Otra _____	

Si tiene preguntas relacionadas con su elegibilidad para el Programa de asistencia para copagos de CUTAQUIG, el Programa de asistencia para copagos de OCTAGAM o el Programa de asistencia para copagos de PANZYGA, puede comunicarse con Pfizer IGuide™ y proporcionar la información de su seguro comercial, a fin de verificar la elegibilidad. Se aplican Términos y condiciones. Para conocer los Términos y condiciones completos de CUTAQUIG, PANZYGA y OCTAGAM, haga clic [aquí](#). Pfizer entiende que su información personal y médica es privada y solo se utilizará en cumplimiento de nuestra Política de Privacidad. Pfizer y terceros que actúen en su nombre solo utilizarán la información que usted proporcione para enviarle los materiales que haya solicitado, así como otra información útil o relacionada con el producto, información sobre el estado de la enfermedad, ofertas y servicios.

Formulario de inscripción de Pfizer IGuide™ para **CUTAQUIG® (inmunoglobulina subcutánea [humana]-hipp), solución al 16,5 %, OCTAGAM® (inmunoglobulina intravenosa [humana]), y PANZYGA® (inmunoglobulina subcutánea [humana]-ifas), solución al 10 %**

* NOMBRE DEL PACIENTE (NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)

5. INFORMACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA (EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DEBE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS).

LOS CAMPOS OBLIGATORIOS SE INDICAN CON UN ASTERISCO (*)

*NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE EXTIENDE RECETAS (NOMBRE/INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE/APELLIDO)	*NOMBRE DEL CONSULTORIO/ LA INSTITUCIÓN	*ESPECIALIDAD
*DIRECCIÓN	*CIUDAD	*ESTADO
*TEL. DEL CONSULTORIO	*FAX DEL CONSULTORIO	*CÓDIGO POSTAL
*CONTACTO DEL CONSULTORIO NÚMERO DE TELÉFONO	*CONTACTO DEL CONSULTORIO	*NÚMERO DE LICENCIA ESTATAL
*IDENTIFICACIÓN FISCAL DEL GRUPO	*IDENTIFICADOR NACIONAL DEL PROVEEDOR (NPI)	

6. MEDICAMENTO RECETADO (NOTA: ESTA SECCIÓN SOLO DEBE COMPLETARSE SI DESEA QUE PFIZER IGUIDE™ ENVÍE EL MEDICAMENTO RECETADO A LA FARMACIA DE ESPECIALIDAD POR USTED. EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DEBE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS) LOS CAMPOS OBLIGATORIOS SE INDICAN CON UN ASTERISCO (*)

*NOMBRE DEL PACIENTE (NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	*FECHA DE NACIMIENTO
*CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:	PESO DEL PACIENTE (KG):

RECETA MÉDICA:

CUTAQUIG® (INMUNOGLOBULINA SUBCUTÁNEA [HUMANA]-HIPPI), SOLUCIÓN AL 16,5 % (CONSULTE LAS INDICACIONES DE DOSIFICACIÓN EN LA FICHA TÉCNICA)

OCTAGAM® 10 % (INMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA [HUMANA]), PREPARACIÓN LÍQUIDA (CONSULTE LAS INDICACIONES DE DOSIFICACIÓN EN LA FICHA TÉCNICA)

OCTAGAM® 5 % (INMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA [HUMANA]), PREPARACIÓN LÍQUIDA (CONSULTE LAS INDICACIONES DE DOSIFICACIÓN EN LA FICHA TÉCNICA)

PANZYGA® (INMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA, [HUMANA]-IFAS), PREPARACIÓN LÍQUIDA AL 10 % (CONSULTE LAS INDICACIONES DE DOSIFICACIÓN EN LA FICHA TÉCNICA)

INFUSIÓN	G POR VÍA INTRAVENOSA	CADA	SEMANAS	*¿HA RECIBIDO EL PACIENTE TRATAMIENTO CON INMUNOGLOBINA (IG) O INMUNOGLOBINA SUBCUTÁNEA (SCIG) ANTERIORMENTE?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
----------	-----------------------	------	---------	---	-----------------------------	-----------------------------

NÚMERO TOTAL DE INFUSIONES SOLICITADAS: SUMINISTRO SUFICIENTE PARA _____ INFUSIONES

(SEGÚN EL NÚMERO DE SEMANAS SOLICITADAS Y EL PESO CORPORAL DEL PACIENTE) REPOSICIONES (SEGÚN LO PERMITAN LOS REQUISITOS DEL ESTADO O DEL PAGADOR) SIN ALERGIAS CONOCIDAS

ALERGIAS A MEDICAMENTOS: SIN OTROS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS CONCURRENTES: _____

*FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA (SIN SELLOS)	*NOMBRE DEL MÉDICO COLABORADOR (SI CORRESPONDE):
---	--

*NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA	FECHA
--	-------

DISPENSAR COMO ESTÁ INDICADO: LA TERMINOLOGÍA EXACTA PUEDE ESTAR BASADA EN LAS REGULACIONES ESTATALES. BRINDE AQUÍ LA TERMINOLOGÍA ESTATAL:

7. FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Certifico que soy el profesional de atención médica que ha recetado la terapia identificada en este formulario. Además, certifico que determiné de forma independiente que el tratamiento indicado es médicamente necesario y que la información brindada en este formulario es exacta a mi leal saber y entender. Autorizo a Pfizer y a sus filiales, agentes, representantes y a los prestadores de servicios de atención médica a actuar en mi nombre con el fin de transmitir esta receta a la farmacia correspondiente.

También doy mi permiso para recibir llamadas relacionadas con estos servicios de Pfizer, Pfizer IGuide™ y terceros que actúen en su nombre, incluidas las llamadas realizadas con un sistema de discado automático o mensajes de voz pregrabados a los números de teléfono proporcionados.

*FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA	FECHA
--	-------

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

La verificación del seguro es responsabilidad absoluta del proveedor. La información sobre beneficios proporcionada por Pfizer IGuide™ no es una garantía de cobertura de seguro o reembolso. Toda la información sobre beneficios está sujeta al plan del paciente asegurado en el momento en que se prestan los servicios. En ninguna circunstancia Pfizer IGuide™ será responsable del pago de cualquier reclamación, beneficio o costo. Toda información sobre códigos obtenida de Pfizer IGuide™ se proporciona únicamente con fines informativos, está sujeta a cambios y no debe interpretarse como asesoramiento legal. Los prestadores de servicios de atención médica deben ejercer su criterio clínico independiente cuando seleccionen códigos y presenten reclamaciones para reflejar con precisión los servicios y productos proporcionados al paciente específico.

**Formulario de inscripción de Pfizer IGuide™ para
CUTAQUIG® (inmunoglobulina subcutánea [humana]-hipp), solución al 16,5 %,
OCTAGAM® (inmunoglobulina intravenosa [humana]), y
PANZYGA® (inmunoglobulina subcutánea [humana]-ifas), solución al 10 %**

Para saber más sobre cómo recopilamos y usamos la información personal, incluidos los derechos y los avisos de privacidad estatales de EE. UU. aplicables para los residentes de California, visite www.pfizer.com/privacy.

8. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA

Al firmar este formulario, autorizo a que mis médicos, farmacias, laboratorios y otros prestadores de servicios de atención médica (“Prestadores de servicios de atención médica”) y mis aseguradoras de salud compartan mi información médica con Pfizer, Inc., Pfizer Patient Assistance Foundation™, compañías afiliadas de Pfizer y sus proveedores (en conjunto, “Pfizer”). Comprendo que mi información médica incluye información relacionada con mi enfermedad, mi tratamiento y mi cobertura de seguro, así como con información que me identifica (como, por ejemplo, mi nombre, mi dirección y mi fecha de nacimiento). Mi información médica se compartirá con Pfizer para que Pfizer pueda proporcionarme distintos tipos de asistencia e información para acceder a un medicamento de Pfizer, lo que puede incluir lo siguiente (en conjunto, “Actividades de apoyo para pacientes”):

- Servicios de verificación e investigaciones de beneficios y ayuda con el reembolso, que incluyen lo siguiente:
 - Asistencia para identificar los requisitos de autorización previa de mi aseguradora
 - Ayuda para identificar los requisitos de mi aseguradora para apelar una reclamación rechazada
- Determinación de mi elegibilidad y asistencia para acceder a apoyo con el copago y a programas de medicamentos gratuitos
- Comunicación con mis prestadores de servicios de atención médica sobre medicamentos de Pfizer y actividades de apoyo para pacientes
- Información y recursos de asistencia financiera, si soy elegible
- Recursos para el control de enfermedades y otros materiales educativos, así como información sobre los productos, servicios y programas de Pfizer, que puede

incluir el envío de encuestas sobre mi experiencia con los productos, servicios y programas de Pfizer

- Pfizer también puede utilizar mi información médica con fines de control de calidad y para evaluar y mejorar las operaciones y servicios.

Comprendo que no tengo la obligación de firmar este formulario y que la decisión de no firmarlo no afectará a mi posibilidad de recibir tratamiento de mis Prestadores de servicios de atención médica o el pago de mi seguro médico. Sin embargo, si no firmo este formulario, es posible que Pfizer IGuide™ no pueda proporcionarme asistencia.

Comprendo que, una vez que se comparte mi información médica, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad. Algunas farmacias pueden recibir una remuneración por parte de Pfizer a cambio de mi información médica o de Actividades de apoyo para pacientes que se me brinden.

Comprendo que este formulario permanecerá en vigor durante 4 años a partir de la fecha de mi firma, a menos que la ley estatal exija un período más corto o que yo notifique por escrito que deseo retirar antes mi aprobación para compartir mi información médica. Si deseo retirar mi aprobación, puedo ponerme en contacto con mi médico o con Pfizer IGuide™ escribiendo a PO Box 220692, Charlotte, NC 28222, 1-844-448-4337, de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 8:00 P. M., hora del este (ET). Esto no tendrá efecto sobre mi información médica que ya se haya utilizado o compartido antes de que yo retirara mi aprobación. Comprendo que recibiré una copia firmada de este formulario.

*FIRMA DEL PACIENTE

*NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

*FECHA

*Nombre del paciente o nombre del representante personal. Si es representante personal del paciente, rellene los campos siguientes.

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE

SI FIRMA EL REPRESENTANTE DEL PACIENTE, INDIQUE A CONTINUACIÓN EL TIPO DE AUTORIDAD PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE:

- DESIGNADO POR EL TRIBUNAL TUTOR PODER NOTARIAL, INCLUIDA LA AUTORIDAD PARA TOMAR DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA OTRA