

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 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.

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

LOS CAMPOS OBLIGATORIOS SE INDICAN CON UN ASTERISCO (*)

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

*FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)

*SEXO MASCULINO FEMENINO NO DIVULGADO

*DIRECCIÓN

*CIUDAD

*ESTADO

*CÓDIGO POSTAL

*TELÉFONO PRINCIPAL

AUTORIZO QUE ME DEJEN MENSAJES

IDIOMA DE PREFERENCIA

CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE DEL CUIDADOR

RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL CUIDADOR

TELÉFONO DEL CUIDADOR

PART. LAB. MÓV.

Mi cuidador/a dio su consentimiento para que Pfizer IGuide™ lo/la contacte directamente en mi nombre.

2. INFORMACIÓN DEL SEGURO

LOS CAMPOS OBLIGATORIOS SE INDICAN CON UN ASTERISCO (*)

DE SER POSIBLE, PRESENTE COPIAS DE AMBAS CARAS DE SUS TARJETAS DE SEGURO

*NOMBRE DEL SEGURO PRINCIPAL

*TELÉFONO DEL SEGURO

*N.º DE IDENTIFICACIÓN DE PÓLIZA/GRUPO

*NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

*RELACIÓN CON EL PACIENTE

SEGURO SECUNDARIO

TELÉFONO DEL SEGURO

N.º DE IDENTIFICACIÓN DE PÓLIZA/GRUPO

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

RELACIÓN CON EL PACIENTE

3. PROVEEDOR QUE EXTIENDE RECETAS E INFORMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

LOS CAMPOS OBLIGATORIOS SE INDICAN CON UN ASTERISCO (*)

*NOMBRE DEL PROVEEDOR QUE EXTIENDE RECETAS (NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)

*NOMBRE DE LA CLÍNICA DEL PROFESIONAL QUE EXTIENDE RECETAS

*DIRECCIÓN

*CIUDAD

*ESTADO

*CÓDIGO POSTAL

*TELÉFONO

CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO ICD-10-CM PRINCIPAL

*FECHA DE INFUSIÓN

RECETA MÉDICA: CUTAQUIG® (INMUNOGLOBULINA SUBCUTÁNEA [HUMANA]-HIPPI), SOLUCIÓN AL 16,5 % (CONSULTE LAS INDICACIONES DE DOSIFICACIÓN EN LA FICHA TÉCNICA)
 OCTAGAM® AL 10 % (INMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA [HUMANA]), PREPARACIÓN LÍQUIDA (CONSULTE LAS INDICACIONES DE DOSIFICACIÓN EN LA FICHA TÉCNICA)
 OCTAGAM® AL 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)

4. CONSENTIMIENTO PARA RECOPIRAR, USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL

Pfizer Inc. ("Pfizer") recopila cierta información médica personal (detallada a continuación) sobre las personas inscritas en el Programa Pfizer IGuide (el "Programa"). Pfizer solicita este consentimiento porque necesita recopilar, usar y divulgar esa 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 proveedores de servicios recopilan incluye nombre, identificador del paciente, registros médicos, información del prestador de servicios médicos, historias personales y otros datos con los que se identifica su problema de salud, diagnóstico o tratamiento (en conjunto, "Información médica").

Finalidades de la recopilación y el uso. Su Información médica se usará para los siguientes fines:

- Para participar en el Programa Pfizer IGuide.
- Para brindarle Actividades de apoyo para pacientes, que pueden incluir lo siguiente:
 - o 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.
 - Asistencia para identificar los requisitos de mi aseguradora para apelar una reclamación rechazada.
 - o Determinación de mi elegibilidad y asistencia para acceder a apoyo con el copago.
 - o Comunicación con mis Prestadores de servicios médicos sobre medicamentos de Pfizer y Actividades de apoyo para pacientes.
 - o Información y recursos de asistencia financiera, si soy elegible.
 - o 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.
 - o Pfizer también puede utilizar mi Información médica con fines de control de calidad y para evaluar y mejorar las operaciones y los servicios.

Objetivos de compartir la información. Su Información médica se compartirá con los siguientes objetivos:

- Para participar en el Programa Pfizer IGuide.
- Para brindarle Actividades de apoyo para pacientes, que pueden incluir lo siguiente:
 - o 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.
 - Asistencia para identificar los requisitos de mi aseguradora para apelar una reclamación rechazada.
 - o Determinación de mi elegibilidad y asistencia para acceder a apoyo con el copago.
 - o Comunicación con mis Prestadores de servicios médicos sobre medicamentos de Pfizer y Actividades de apoyo para pacientes.
 - o Información y recursos de asistencia financiera, si soy elegible.
 - o 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.
 - o Pfizer también puede utilizar mi Información médica con fines de control de calidad y para evaluar y mejorar las operaciones y los servicios.

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

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

Continúa en la página siguiente.

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).

4. CONSENTIMIENTO PARA RECOPIRAR, USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL (cont.)

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.

Leí este consentimiento o se me leyó su contenido. Entiendo por completo los términos y condiciones detallados 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 detalla anteriormente. Entiendo que hay una copia firmada de este consentimiento 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 asistencia para copagos) y para otros fines no comerciales (como verificación del estado de inscripción y actualizaciones de envío) a los 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, también aceptó recibir llamadas y, por la presente, da su permiso para que Pfizer, Pfizer IGuide o terceros que actúen en su nombre se pongan en contacto con el cuidador para tales fines a los 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:

Designación del tribunal Tutor Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención médica Otra _____

5. 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"). Confirmo 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 [aquí](#). 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:

Designación del tribunal Tutor Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención médica Otra _____

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

En ninguna circunstancia Pfizer IGuide™ será responsable del pago de cualquier reclamación, beneficio o costo.

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, OCTAGAM y PANZYGA, 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 usarán 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.

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 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 médicos ("Prestadores de servicios médicos") 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 o programas de medicamentos gratuitos.
- Comunicación con mis Prestadores de servicios médicos 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 podría usar mi información médica con fines de control de calidad y para evaluar y mejorar las operaciones y servicios. Entiendo que no tengo la obligación de firmar este formulario, y elegir no firmarlo no afectará mi capacidad de recibir tratamiento por parte de mis Prestadores de servicios médicos o pagos de mi aseguradora de salud. 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 P. M., hora del este (ET). Esto no tendrá efecto sobre mi información médica que ya se haya usado o compartido antes de que yo retirara mi aprobación. Comprendo que recibiré una copia firmada de este formulario.

*FIRMA DEL PACIENTE

*Nombre del paciente o del representante personal. Si usted es el representante personal del paciente, complete los campos siguientes.

*NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

*FECHA

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

FECHA

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