



Formulario de inscripción en Together with GSK

Envíe por fax el formulario de inscripción completado al 1-844-237-3172

Para obtener ayuda, llame al 1-844-CALL-TwGSK (1-844-225-5894)

de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este



Visítenos en www.TogetherwithGSK.com

Los servicios del programa incluyen:

Hay un formulario de inscripción electrónica disponible en línea.

Escanee el código QR para acceder a Together with GSK.



- Apoyo con la cobertura
- Programa de asistencia al paciente (PAP)*
- Programa de asistencia con los copagos
- Información sobre el producto y estado de la enfermedad
- Información sobre recursos comunitarios

*El Programa de asistencia al paciente de GSK es gestionado por la GSK Patient Access Programs Foundation, una organización independiente sin fines de lucro, aparte de GSK.

Información del paciente

Apellido*:		Nombre*:
Calle*:		Ciudad*:
Estado*:	Código postal*:	Correo electrónico:
Fecha de nacimiento* (dd/mm/aaaa):	Sexo:	Preferencia de idioma (si no es inglés):
N.º de teléfono preferido*:	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular	Nombre de contacto alternativo:
¿Se puede dejar un mensaje de voz detallado? <input type="checkbox"/> Sí		N.º de teléfono del contacto alternativo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular
Horario de preferencia para llamadas: <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche		Relación del contacto alternativo con el paciente:

Inscríbase para recibir notificaciones por mensaje de texto (opcional):

Inclusión voluntaria (incluya el número móvil arriba)

Al proporcionar su número de teléfono y marcar esta casilla, usted acepta recibir alertas por SMS de Together with GSK-Specialty. Estos mensajes de texto se pueden generar mediante la marcación automática al número que usted proporcione. La frecuencia de los mensajes es variable. Envíe un mensaje de texto con la palabra HELP (Ayuda) al 45851 para obtener ayuda y STOP (Parar) para cancelar la suscripción; pueden cobrarse tarifas de mensajes y datos. Consulte los Términos y condiciones y los Avisos de privacidad a continuación o adjuntos a los primeros mensajes de texto. Visite <https://togetherwithgsk.com/terms-and-conditions/> y <https://privacy.gsk.com/en-us/privacy-notice/> para obtener más información.

Nombre en letra de imprenta:

Relación con el paciente:

FIRMA DEL PACIENTE



AQUÍ SE REQUIERE LA FIRMA DEL PACIENTE

Fecha:

He leído y estoy de acuerdo con el Formulario de autorización del paciente conforme a la HIPAA (consulte la página 4).*

FIRMA DEL PACIENTE



FIRMA DEL PACIENTE AQUÍ

Fecha:

He leído y acepto el Consentimiento de inclusión voluntaria en comunicaciones de marketing de la página 3 (opcional)

*Información del seguro: proporcione copias del anverso y reverso de todas las tarjetas de seguro médico y de medicamentos recetados.

<input type="checkbox"/> Sin seguro	Seguro primario	Seguro secundario	Seguro de farmacia
Proveedor del seguro			
Teléfono del seguro			
Nombre del titular de la tarjeta (si no es el paciente)			
Fecha de nacimiento del titular de la tarjeta			
N.º de póliza			
N.º de grupo			
BIN/PCN	N/C	N/C	

¿Tiene el pagador una autorización previa en sus archivos? Sí No

Si la respuesta es "Sí", proporcione el n.º de autorización:

Fecha de vencimiento:

Programa de asistencia al paciente[†] (PAP): a completar por el paciente solo si solicita la asistencia del PAP

Los pacientes de Medicare elegibles y no asegurados a quienes se les haya recetado NUCALA podrían ser elegibles para el PAP de GSK. Para averiguar si califica, complete la información que se solicita a continuación.

Ingreso familiar anual antes de impuestos:

Cantidad de miembros en la familia

Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI):

que residen en el hogar:



Los solicitantes autorizan al PAP especializado de GSK y a sus administradores a obtener un informe del consumidor. El informe del consumidor y la información derivada de fuentes públicas y de otro tipo se utilizarán para estimar los ingresos como parte del proceso para decidir la elegibilidad para recibir medicamentos gratuitos del PAP especializado de GSK. Previa solicitud, el PAP especializado de GSK proporcionará a los solicitantes el nombre y la dirección de la agencia de informes del consumidor que proporciona el informe del consumidor. El programa puede solicitar documentos e información adicionales en cualquier momento, incluso después de la inscripción, para determinar si la información en el formulario de inscripción está completa y es verdadera. Los pacientes que participan o están inscritos en un plan de financiación alternativo no son elegibles para el PAP de GSK. Si tiene más preguntas acerca de la elegibilidad, comuníquese con Together with GSK o visite GSKforYOU.com.

[†]El Programa de asistencia al paciente de GSK es gestionado por la GSK Patient Access Programs Foundation, una organización independiente sin fines de lucro, aparte de GSK.



El asterisco (*) indica los campos obligatorios.

Información del prescriptor, de adquisición y de administración: todos los formularios de inscripción deben llevar la firma del prescriptor

Apellido del prescriptor*:	Nombre del prescriptor*:		
Nombre del consultorio*:	Especialidad:		
Calle*:	Ciudad*:	Estado*:	Código postal*:
Nombre del contacto del consultorio*:	Preferencia de comunicación del proveedor de salud (HCP)*: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono		
Correo electrónico:	Teléfono*:	Ext.:	Fax*:
ID fiscal del prescriptor*:	N.º de licencia estatal*:		
N.º de NPI del prescriptor*:			

Formulación de preferencia para la verificación de beneficios (seleccione todas las opciones que correspondan)*	Lugar de administración	Método de adquisición
<input type="checkbox"/> Vial liofilizado (LYO)	<input type="checkbox"/> Consultorio del médico (MDO) <input type="checkbox"/> Centro de atención alternativo (ASOC)	<input type="checkbox"/> Buy & bill <input type="checkbox"/> Farmacia especializada
<input type="checkbox"/> Autoinyector (AI)	→ Administrado por el paciente	→ Farmacia especializada
<input type="checkbox"/> Jeringa precargada (PFS)	→ Administrado por el paciente	→ Farmacia especializada

Centro de atención: complete esta sección SOLAMENTE si el lugar de administración no es el consultorio que emite la receta.

Consultorio/centro donde se administrará:	Nombre del médico que lo administrará:		
Calle:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Ext.:	Fax:	NPI:

Marque aquí si necesita la asistencia de Together with GSK para identificar un centro de atención (centro de infusión) adecuado

*** Códigos de diagnóstico e información clínica: el proveedor es el encargado de determinar el código de diagnóstico más apropiado. Se debe consultar al pagador del paciente para conocer los requisitos de codificación o documentación.**

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	<input type="checkbox"/>	J44	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	<input type="checkbox"/>	J41	Bronquitis crónica simple y mucopurulenta	
	<input type="checkbox"/>	J44.0	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección en las vías respiratorias bajas (aguda)	<input type="checkbox"/>	J41.0	Bronquitis crónica simple	
	<input type="checkbox"/>	J44.1	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con reagudización (aguda)	<input type="checkbox"/>	J41.1	Bronquitis crónica mucopurulenta	
	<input type="checkbox"/>	J44.89	Otra enfermedad pulmonar obstructiva crónica especificada	<input type="checkbox"/>	J41.8	Bronquitis crónica mixta simple y mucopurulenta	
	<input type="checkbox"/>	J44.9	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada	<input type="checkbox"/>	J42	Bronquitis crónica no especificada	
	<input type="checkbox"/>	J40	Bronquitis sin especificar si es aguda o crónica	<input type="checkbox"/>	J43	Enfisema	
Asma grave	<input type="checkbox"/>	J45.50	Asma persistente grave, sin complicaciones	Síndrome hipereosinofílico (SHE)	<input type="checkbox"/>	D72.110	Síndrome hipereosinofílico idiopático (IHES)
	<input type="checkbox"/>	J45.51	Asma persistente grave con reagudizaciones (aguda)		<input type="checkbox"/>	D72.111	Variante linfoide del síndrome hipereosinofílico (LHES)
	<input type="checkbox"/>	J82.83	Asma eosinofílica		<input type="checkbox"/>	D72.119	Síndrome hipereosinofílico (SHE), no especificado
Pólipos nasales	<input type="checkbox"/>	J33.0	Pólipo de la cavidad nasal	Granulomatosis eosinofílica con poliangiitis (GEPA)	<input type="checkbox"/>	M30.1	Poliarteritis con afectación pulmonar (Churg-Strauss)
	<input type="checkbox"/>	J33.1	Degeneración polipoide del seno				
	<input type="checkbox"/>	J33.8	Otro pólipo en los senos paranasales	Otro	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	J33.9	Pólipos nasales, no especificado				



El asterisco (*) indica los campos obligatorios.

Información del prescriptor, de adquisición y de administración (cont.)

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):

• El prescriptor debe firmar a continuación para recetas o inscripción. • La selección de farmacias especializadas está sujeta a los requisitos del plan de salud.

Nuevo Reiniciar Continuar

Fecha del último tratamiento (dd/mm/aaaa):

Fecha del próximo tratamiento/Fecha en que se requiere el medicamento (dd/mm/aaaa):

¿Ya se ha enviado la receta a una farmacia especializada? No Sí, ¿cuál?

No derivar la receta a la farmacia especializada

Alergias:

Tratamiento concurrente:

RECETA: el prescriptor debe indicar el régimen de dosificación preferido de NUCALA

MEDICAMENTO	CONCENTRACIÓN/FORMA FARMACÉUTICA*	CANT.*	RESURTIDOS*	INSTRUCCIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN*
Administrado en el consultorio	<input type="checkbox"/> Vial liofilizado (LYO) de NUCALA	<input type="checkbox"/> 100 mg de polvo liofilizado en un vial de dosis única para reconstitución (NDC 0173-0881-01); reconstituir con 1.2 ml de agua esterilizada para inyección, USP		<input type="checkbox"/> Asma grave pediátrica (pacientes de 6 a 11 años): 40 mg por vía subcutánea en la parte superior del brazo, muslo o abdomen cada 4 semanas (LYO y PFS solamente) <input type="checkbox"/> Asma grave/pólipos nasales: 100 mg por vía subcutánea en la parte superior del brazo, muslo o abdomen cada 4 semanas
	<input type="checkbox"/> Jeringa precargada (PFS) de NUCALA	<input type="checkbox"/> Jeringa precargada con solución de 40 mg/0.4 ml en una dosis única (NDC 0173-0904-42)		
Administrado en el hogar	<input type="checkbox"/> Autoinyector (AI) de NUCALA	<input type="checkbox"/> Autoinyector precargado con solución de 100 mg/ml en una dosis única (NDC 0173-0892-01)		<input type="checkbox"/> EGPA/HES: 300 mg por vía subcutánea administrados en 3 inyecciones separadas de 100 mg en la parte superior del brazo, muslo o abdomen cada 4 semanas <input type="checkbox"/> EPOC: 100 mg administrados por vía subcutánea una vez cada 4 semanas
	<input type="checkbox"/> Jeringa precargada (PFS) de NUCALA	<input type="checkbox"/> Jeringa precargada con solución de 100 mg/ml en una dosis única (NDC 0173-0892-42)		
	<input type="checkbox"/> Jeringa precargada con solución de 40 mg/0.4 ml en una dosis única (NDC 0173-0904-42)			

Declaración del prescriptor: Confirmando que la información que antecede es veraz y que le he recetado NUCALA al paciente antes nombrado. Por la presente confirmo que, en el caso de cualquier paciente asegurado que procure asistencia de copago de conformidad con el Programa de copago y en ausencia del apoyo económico de tal programa, todos los copagos, coaseguros u otros gastos de bolsillo aplicables a NUCALA se le cobrarán al paciente en el momento del tratamiento. Designo a Together with GSK para que, en mi representación, entregue la presente receta a la farmacia dispensadora, en la medida en que lo permita la ley estatal.

Nota especial: Los profesionales que prescriben recetas de todos los estados deben seguir las leyes aplicables para las recetas válidas. Los prescriptores en estados con requisitos de formularios de recetas oficiales deben presentar la receta original junto con este formulario de inscripción. Es posible que los profesionales que prescriben recetas deban presentar una receta electrónica a la farmacia especializada.

FIRMAR DEL PRESCRIPTOR



EL PRESCRIPTOR DEBE FIRMAR AQUÍ

SE PERMITE LA SUSTITUCIÓN

(Fecha)

DISPENSAR SEGÚN INDICACIONES ESCRITAS*
(Fecha)

Consentimiento de inclusión voluntaria en comunicaciones de marketing (opcional)

GSK ofrece servicios y recursos útiles que le ayudan a comenzar y continuar el tratamiento con NUCALA. Para GSK, su privacidad es importante. Al proporcionar su nombre, dirección, dirección de correo electrónico y otra información, incluida su indicación, a continuación, usted autoriza que GSK y las empresas que trabajan para o con GSK se pongan en contacto con usted para fines de comunicaciones de marketing, estudios de mercado o publicidad, o lo inviten a interactuar de otras formas con GSK por medio de diversos canales (p. ej., correo postal, correo electrónico, sitios web, publicidad en línea, solicitudes y servicios) en relación con las afecciones médicas sobre las que usted ha expresado interés, así como otra información de GSK referente a la salud. GSK no venderá ni transferirá su nombre, dirección ni dirección de correo electrónico a ningún otro tercero para sus propios fines de comercialización.

Indicación de NUCALA: (marque todas las opciones pertinentes)

<input type="checkbox"/> Asma grave	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Para obtener más información acerca de cómo GSK maneja su información, consulte nuestro aviso de privacidad en https://privacy.gsk.com/en-us/ . Se le alienta a que reporte efectos secundarios negativos de medicamentos recetados a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA). Visite www.fda.gov/medwatch o llame al 1-800-FDA-1088.
<input type="checkbox"/> Pólipos nasales	<input type="checkbox"/> Granulomatosis eosinofílica con poliangitis (GEPa)	
<input type="checkbox"/> Síndrome hipereosinofílico (SHE)		

Correo electrónico del paciente:

Las marcas comerciales son propiedad del grupo de empresas de GSK o se usan conforme a una licencia otorgada al grupo de empresas de GSK.

AUTORIZACIÓN Y PERMISO DEL PACIENTE PARA OBTENER, UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD



Visítenos en www.TogetherwithGSK.com

Al firmar este formulario, **autorizo** a mis médicos; farmacias, incluidas mis farmacias especializadas; y aseguradoras de salud (colectivamente "Proveedores de salud") para que usen y divulguen mi información médica personal (mi "Información") a GlaxoSmithKline y a la GSK Patient Access Programs Foundation y sus agentes, representantes autorizados y contratistas (colectivamente "GSK") para que GSK pueda usar y divulgar mi Información con el propósito de proporcionar los servicios de Together with GSK o los Programas de asistencia al paciente, los que pueden incluir las siguientes actividades:

- 1) comunicarse con mis proveedores de salud acerca de mi medicamento y afección médica;
- 2) investigar y resolver mi consulta sobre cobertura, codificación o reembolso de seguro, o revisar mi elegibilidad para los programas de asistencia al paciente y asistencia para copagos de GSK;
- 3) ponerse en contacto con mi aseguradora, otras posibles fuentes de financiamiento o programas de asistencia al paciente en mi nombre, a fin de determinar si soy elegible para la cobertura del seguro de salud o para otros fondos;
- 4) divulgar mi información a terceros si así lo exige la ley;
- 5) enviarme información educativa sobre mi medicamento y comunicarse conmigo para describir (y, si estoy interesado, brindarme) servicios educativos opcionales que ofrecen profesionales de la salud; y
- 6) enviarme información promocional, como se describe en el párrafo de consentimiento para la suscripción voluntaria para comunicaciones de marketing en la página 3 de este formulario si firmo el Consentimiento para la asistencia mediante comunicaciones de marketing de la página 1 de este formulario.

Al firmar esta autorización, **reconozco** que he comprendido que:

- Mis proveedores de salud no podrán condicionar mi tratamiento, pago del tratamiento, elegibilidad para los beneficios ni inscripción en los beneficios al hecho de que yo firme o no la presente Autorización del paciente.
- Ciertos proveedores de salud, tales como las farmacias especializadas, podrán recibir un pago de GSK por divulgar mi información a GSK según lo permita esta autorización.
- Una vez que mi información se divulgue a GSK con base en esta autorización, es posible que las leyes federales de privacidad ya no protejan la información ante una nueva divulgación. Sin embargo, también entiendo que GSK tiene la intención de compartir mi información solo según se describe en esta Autorización o según lo permita la ley.
- Esta autorización seguirá vigente durante dos (2) años después de que la firme o mientras yo participe en **Together with GSK** o en el Programa de asistencia al paciente de GSK, lo que tuviera una duración más prolongada, sujeta a cualquier requisito de las leyes estatales aplicables sobre el vencimiento de la autorización.
- Tengo derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento. Comprendo además que para ello debo enviar un correo postal una declaración por escrito y firmada de mi revocación a Together with GSK, 2250 Perimeter Park Drive, Ste. 300, Morrisville, NC 27560. En caso de tal revocación, la autorización para usar o divulgar mi información perderá validez, pero no así todo uso o divulgación realizados antes de la fecha en que se reciba mi declaración de revocación por escrito. Entiendo que, incluso si revoco la autorización, GSK puede mantener mi información como parte de los registros de mi participación en el programa Together with GSK y en el Programa de asistencia al paciente de GSK.
- Entiendo que yo, como paciente o representante legal que firma en nombre del paciente, tengo derecho a recibir una copia de este formulario firmado.

El paciente, o el representante autorizado del paciente, DEBE firmar este formulario para recibir los servicios de Together with GSK o del Programa de asistencia al paciente de GSK. Si un representante autorizado firma en nombre del paciente, debe indicar la relación con el paciente.