

# INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

## COMPLETE TODAS LAS SECCIONES CORRESPONDIENTES DEL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

- ▶ **SECCIONES 1, 2 (OBLIGATORIO)** Complete todos los campos con la información del paciente.
- ▶ **SECCIÓN 3 (OBLIGATORIO)** Marque la casilla correspondiente para indicar si el paciente está asegurado o no.
  - Si el paciente está asegurado, complete la información del seguro del paciente y envíe por fax una copia (anverso y reverso) de la tarjeta de seguro del paciente. Si el paciente tiene un seguro secundario, marque la casilla para indicarlo y envíe por fax una copia de la tarjeta del seguro secundario.
  - Si el paciente no está asegurado, complete la Sección 7 para presentar una solicitud al programa de donación de productos gratuitos "Ending the HIV Epidemic: Ready, Set, PrEP" del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). Si el paciente ha participado en el Programa de asistencia para medicamentos (MAP) de Gilead para obtener TRUVADA for PrEP® o DESCOVY for PrEP® de forma gratuita en los últimos doce (12) meses, el paciente no será elegible para el programa de donación de productos gratuitos "Ending the HIV Epidemic: Ready, Set, PrEP" del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS).
- ▶ **SECCIÓN 4 (OBLIGATORIO)** Complete todos los campos con la información del médico recetador.
- ▶ **SECCIÓN 5 (OBLIGATORIO)** El médico recetador debe firmar y fechar esta sección para apoyo con el reembolso.
- ▶ **SECCIÓN 6 (OBLIGATORIO)** El paciente (o el representante del paciente) debe firmar y fechar esta sección.
- ▶ **SECCIÓN 7 (OBLIGATORIO)\*** El paciente debe firmar y fechar esta sección si solicita apoyo para los productos gratuitos.

*\*Obligatorio solo si solicita el programa de donación de productos gratuitos "Ending the HIV Epidemic: Ready, Set, PrEP" del HHS ("programa EHE del HHS").*

Envíe por correo o por fax el Formulario de inscripción completo y toda la documentación necesaria a la dirección o al número de fax a continuación. Ambos juegos de información son necesarios para garantizar la revisión oportuna del Formulario de inscripción. Puede completar un Formulario de inscripción electrónico en línea en <https://ReadySetPrep.hiv.gov>.

Un administrador de casos notificará al solicitante sobre la cobertura y los beneficios del paciente, las opciones de financiamiento alternativas o la calificación para el programa EHE del HHS.

## CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

La confidencialidad del paciente es de suma importancia para nosotros. Toda la información del paciente se mantendrá confidencial. Se puede proporcionar información a médicos, trabajadores sociales o miembros de la familia cuando sea necesario para completar el proceso de inscripción y coordinar la asistencia al paciente, y a las agencias de crédito para determinar la elegibilidad del programa con su consentimiento a continuación.

## RECORDATORIO IMPORTANTE

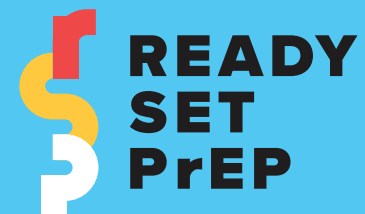
Asegúrese de que todas las páginas correspondientes del Formulario de inscripción se completen e incluyan toda la documentación apropiada al enviar el formulario. Los formularios incompletos ralentizan el proceso de revisión y, en algunos casos, pueden requerir que el paciente vuelva a solicitar el programa.

HHS se reserva el derecho de modificar o discontinuar el programa EHE del HHS o cancelar la asistencia en cualquier momento. El reembolso de terceros se ve afectado por una variedad de factores; por lo tanto, el HHS no puede garantizar ninguna cobertura o reembolso.

2250 Perimeter Park Drive, Suite #300, Morrisville, NC 27560

TELÉFONO: 1-855-447(HHS)-8410

FAX: 1-833-200-6302



# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

TELÉFONO: 1-855-447(HHS)-8410 | FAX: 1-833-200-6302



## 1. MEDICAMENTO RECETADO (OBLIGATORIO)

Nombre del producto:	<input type="checkbox"/> TRUVADA® (para PrEP/prevención)	<input type="checkbox"/> DESCOVY® (para PrEP/prevención)	mg:
¿Tiene una receta válida para este medicamento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Le gustaría recibir su receta por correo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## 2. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (OBLIGATORIO)

Nombre:	Apellido:		Inicial del segundo nombre:	
Dirección:		N.º de apt./unidad:	Ciudad:	
Estado:	Código postal:	N.º de teléfono:	Fecha de nacimiento:	N.º del Seguro Social (últimos cuatro dígitos):
Correo electrónico:		Idioma de preferencia:		
Nombre de contacto alternativo:		N.º de teléfono:	Parentesco:	
<b>RAZA</b> <input type="checkbox"/> Nativo americano/de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Múltiple <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	<b>ETNIA</b> <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	<b>IDENTIDAD DE GÉNERO</b> (cómo se describe a sí mismo) <input type="checkbox"/> Masculino/hombre <input type="checkbox"/> Femenino/mujer <input type="checkbox"/> Mujer a hombre (FTM)/hombre transgénero/hombre trans <input type="checkbox"/> Hombre a mujer (MTF)/mujer transgénero/mujer trans <input type="checkbox"/> Género no conforme, ni exclusivamente masculino ni femenino <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	<b>SEXO ASIGNADO AL NACER</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	

## AUTORIZACIÓN DE CONTACTO

Autorizo al administrador de casas a dejar un mensaje de voz detallado, incluido el nombre de mi receta, si no estoy disponible cuando me llamen.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Autorizo al Programa EHE del HHS a enviarme correspondencia por el correo postal de EE. UU. Esto incluye, entre otros, cartas de aprobación/denegación para el Programa de asistencia al paciente, cartas recordatorias para los períodos de reinscripción, etc. Si selecciono "No", entiendo que toda la comunicación será por teléfono.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Al proporcionar mi número de teléfono celular arriba, autorizo al Programa EHE del HHS a enviar mensajes de texto recurrentes para recordatorios de medicamentos de código corto 21998. Se aplican tarifas estándar de mensajería y datos. Responder Detener para cancelar. Términos y privacidad en <a href="http://www.ReadySetPrep.hiv.gov/privacy">www.ReadySetPrep.hiv.gov/privacy</a> .	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## 3. INFORMACIÓN DEL SEGURO (OBLIGATORIO)

<input type="checkbox"/> El paciente está asegurado (complete toda la información del seguro correspondiente a continuación. Adjunte copia —anverso y reverso— de la tarjeta de seguro del paciente).			
<input type="checkbox"/> El paciente no está asegurado (sin cobertura de medicamentos recetados)			
Seguro primario:			
Nombre del plan:	N.º de teléfono del seguro:		
Nombre de quien suscribe:			
Nombre del titular de la póliza:	Parentesco del titular de la póliza con el paciente:		
N.º de póliza:	N.º de grupo:	N.º de Rx Bin:	N.º de Rx PCN:
<input type="checkbox"/> Marque la casilla si el paciente tiene cobertura de seguro secundario y adjunte una copia de las tarjetas de seguro secundario, si están disponibles.			

## 4. INFORMACIÓN DEL MÉDICO RECETADOR (OBLIGATORIO)

Nombre del médico recetador:	Nombre del establecimiento:		
Dirección:	Ciudad:		
Estado:	Código postal:	Contacto de la oficina:	
N.º de teléfono:	N.º de fax:	N.º de NPI:	
N.º de ID de contribuyente:	N.º de licencia estatal:		

ENVIAR POR FAX EL FORMULARIO COMPLETADO AL 1-833-200-6302

PÁGINA 1 DE 3

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

**5. CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO RECETADOR Y DECLARACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA (OBLIGATORIO)**

Al firmar este formulario, certifico que estoy recetando TRUVADA® o DESCOVY® para el paciente identificado en la Sección 2. Certifico que este medicamento recetado es médicamente necesario para el paciente y que se usará según las indicaciones. Certifico que supervisaré los tratamientos del paciente y verifico que la información proporcionada es completa y precisa según mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en que no buscaré reembolso de ningún medicamento TRUVADA® o DESCOVY® (según corresponda) dispensado al paciente a través del Programa EHE del HHS de ningún programa gubernamental o asegurador externo.

Certifico que el solicitante ha sido sometido a pruebas de infección y resultó negativo, y las pruebas trimestrales se realizarán como parte del plan de atención del solicitante. Como parte de la elegibilidad del solicitante, acepto verificar periódicamente el uso continuo de TRUVADA® o DESCOVY® (según corresponda) y volver a enviar las recetas actuales según corresponda.

Certifico que he revisado los términos adicionales disponibles en <https://ebvterms.com>, que se incorporan específicamente aquí como referencia, y reconozco y consiento su aplicación y exigibilidad con respecto a esta certificación.

Certifico que he recibido la autorización por escrito correspondiente del paciente, de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996, las leyes estatales de privacidad de la información de salud aplicables y cualquier otro requisito aplicable a fin de liberar la información personal y médica del paciente al HHS y sus agentes y contratistas con el fin de: 1) verificar la cobertura de seguro del paciente y la elegibilidad para los beneficios; 2) proporcionar asistencia financiera, apoyo y apoyo de referencia según sea necesario; 3) facilitar la provisión de medicamentos recetados por el paciente al paciente; 4) contactar al paciente con materiales educativos sobre el medicamento recetado del paciente o para evaluar la efectividad del Programa EHE del HHS; y 5) para fines comerciales internos de HHS y sus agentes externos y contratistas.

<b>X</b> FIRMA DEL MÉDICO RECETADOR (OBLIGATORIO):	FECHA:
--	--------

**6. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL (OBLIGATORIO)**

Entiendo que debo completar este Formulario de inscripción antes de poder recibir asistencia a través del programa de donación de productos gratuitos "Ending the HIV Epidemic: Ready, Set, PrEP" del HHS ("programa EHE del HHS"). Como parte de este proceso, el HHS y sus agentes y contratistas (en conjunto, "HHS") deberán obtener, revisar, usar y divulgar mi información personal y médica para los principales fines que se describen a continuación. Por la presente autorizo a mis proveedores de atención médica y planes de salud a divulgar mi información personal y médica como se describe a continuación al HHS en relación con el programa EHE del HHS, todo de acuerdo con esta autorización, y autorizo al HHS a usar y divulgar la información de acuerdo con la autorización.

**Información a ser divulgada:** información médica personal ("PHI"), incluida información sobre mí (por ejemplo, mi nombre, número de Seguro Social, dirección postal e información de seguro), mi condición médica anterior, actual y futura (incluida información sobre mi estado o tratamiento con estos medicamentos recetados y afecciones médicas relacionadas) y toda la información proporcionada en este formulario de inscripción.

**Personas autorizadas a divulgar mi información:** mis proveedores de atención médica, incluida cualquier farmacia que surta mis medicamentos recetados, y cualquier plan o programa de salud que me brinde beneficios de atención médica. Entiendo que mis proveedores de farmacia pueden divulgar mi PHI a un contratista del HHS (TrialCard Incorporated) para recibir un reembolso por el producto que se me entregue de conformidad con esta autorización.

**Personas a las que se puede divulgar mi información:** HHS, TrialCard Incorporated, farmacias participantes y Gilead Sciences, Inc., el fabricante de medicamentos, incluidos sus respectivos agentes y contratistas responsables de la administración del programa EHE del HHS.

**Propósitos para los cuales se harán las divulgaciones:** se pueden realizar divulgaciones de PHI al HHS para que el HHS pueda usar y divulgar la PHI con el fin de: 1) completar el proceso de inscripción y verificar mi formulario de inscripción; 2) establecer mi elegibilidad para los beneficios de mi plan de salud u otros programas; 3) proporcionar asistencia financiera, apoyo y apoyo de derivación, y comunicarme con mis proveedores de atención médica, con fines que incluyen, entre otros, facilitar el suministro de mi medicamento recetado; 4) contactarme para evaluar la efectividad del EHE del HHS; 5) para fines comerciales internos del HHS, incluyendo el control de calidad y las encuestas de mejora del apoyo; y 6) para enviarme información de marketing, ofertas y materiales educativos relacionados con mi tratamiento o mi medicamento recetado, incluido el programa de marketing de relación con el cliente (este uso de mi información personal es opcional y, al marcar la casilla sobre las firmas a continuación, puedo optar por participar).

La información sobre mí que recopilan, utilizan y divulgan el HHS y los contratistas, subcontratistas y agentes del HHS está autorizada para ser recopilada de conformidad con 42 USC §§ 241, 300u-1 y 300u-2 y constituirá registros de la Ley de Privacidad de conformidad con 5 USC § 552a, que estarán cubiertos por el siguiente sistema de notificación de registros (SORN) de la Ley de Privacidad: Registros de distribución de medicamentos para la prevención del VIH, número de sistema 09-90-2101. La sección de usos de rutina del SORN autorizará estas divulgaciones adicionales por parte del HHS sin mi consentimiento: para proporcionar información relevante que necesite el Departamento de Justicia o un tribunal en litigios u otros procedimientos; para responder a una oficina del Congreso sobre una solicitud de constituyente hecha por mí; para facilitar las inspecciones de gestión de registros por parte de la Administración Nacional de Archivos y Registros; y si es necesario para abordar un incidente de privacidad o seguridad. Entiendo además que puedo negarme a firmar esta autorización y que, si me niego, mi elegibilidad para los beneficios del plan de salud o la capacidad de obtener tratamiento de mis proveedores de atención médica no cambiará, pero no tendré acceso al apoyo ofrecido por el Programa o el programa EHE del HHS. También entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento al notificar al HHS por escrito a HHS Ending the HIV Epidemic Program, 2250 Perimeter Park Drive, Suite #300, Morrisville, NC 27560. Si cancelo, el HHS dejará de usar esta autorización para obtener, usar o divulgar mi PHI después de la fecha de cancelación, pero la cancelación no afectará los usos o divulgaciones de cualquier PHI que ya se haya realizado de conformidad con esta autorización antes de la fecha de cancelación. Tengo derecho a una copia de esta autorización firmada, que vence el primero de los dos (2) años a partir de la fecha en que la firmo u otro período de tiempo requerido por las leyes del estado en el que resido.

<input type="checkbox"/> AL MARCAR ESTA CASILLA, YO <b>OPTO POR NO</b> RECIBIR UNA TARJETA FÍSICA DE FARMACIA MINORISTA.	
<b>X</b> FIRMA del PACIENTE o del REPRESENTANTE del PACIENTE (OBLIGATORIO):	FECHA:
Nombre del representante del paciente (si firma por el paciente):	
Parentesco del representante del paciente con el paciente:	

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

**7. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL SOLICITANTE** (OBLIGATORIO SOLAMENTE SI SOLICITA EL PROGRAMA EHE DEL HHS)

Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es completa y precisa. Entiendo que la asistencia del programa terminará si HHS tiene conocimiento de cualquier información falsa o inexacta o si ya no me recetan este medicamento. Entiendo que completar esta solicitud no garantiza que calificaré para recibir asistencia para el paciente. Si recibo un producto gratuito a través del programa EHE del HHS, certifico que no tengo seguro y no buscaré reembolso o crédito por este medicamento de ninguna aseguradora, plan de salud o programa gubernamental. Si recibo un producto gratuito a través del Programa, certifico que no buscaré reembolso o crédito por este medicamento de ninguna aseguradora, plan de salud o programa gubernamental. Si soy miembro de un plan de la Parte D de Medicare, no buscaré que este medicamento o cualquier costo de los artículos asociados con este se cuenten como parte del costo de mi bolsillo por medicamentos recetados.

Entiendo que HHS se reserva el derecho de modificar el formulario de solicitud, modificar o discontinuar este programa EHE del HHS, o cancelar la asistencia en cualquier momento y sin previo aviso. **Autorizo al HHS y a su administrador a enviar mi receta a una farmacia dispensadora en mi nombre. Autorizo al HHS y a su administrador externo a utilizar la información proporcionada en este formulario para obtener un informe crediticio personal sobre mí a fin de verificar la información en este formulario y determinar mi elegibilidad para el programa EHE del HHS.**

X

FIRMA del PACIENTE o del REPRESENTANTE del PACIENTE (OBLIGATORIO):

FECHA:

ENVIAR POR FAX EL FORMULARIO COMPLETADO AL 1-833-200-6302

PÁGINA 3 DE 3