

Asegúrese de que todas las secciones del formulario están completas y que los documentos de respaldo están incluidos.

Para inscribirse, envíe los documentos por fax al 1-855-836-3069. ¿Tiene preguntas? Comuníquese con un coordinador de atención al paciente al 1-833-23-THERA (1-833-238-4372), de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8 p.m. (hora del este).

1. Información del paciente

Nombre _____	Fecha de nacimiento _____ MM/DD/AA	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Apellido _____	Idioma de preferencia <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	
Dirección _____	Teléfono _____	
Ciudad _____ Estado _____	Correo electrónico _____	
CP _____ N.º de SS (últimos 4 dígitos) _____	Mejor momento para contactarlo <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m. Otro _____	
Cuidador/contacto alternativo _____	Teléfono _____	
Relación con el paciente _____	<input type="checkbox"/> OK para dejar un mensaje Teléfono móvil _____	

2. Historial médico

El paciente recibe actualmente terapia antirretroviral (TAR) Sí No

Proporción cintura-cadera _____
Proporción cintura-cadera = Circunferencia de cintura + Circunferencia de cadera

Indique los datos del paciente:
Glucosa sanguínea en ayunas _____ mg/dl IMC _____ kg/m² Medicamentos concomitantes: _____
Circunferencia de cintura _____ cm Circunferencia de cadera _____ cm

3. Información sobre el seguro

El paciente no tiene seguro
 El paciente tiene seguro

→ **Complete la información a continuación e incluya copias del frente y el dorso de la tarjeta del seguro**

Nota: No se tramitarán las recetas si no se incluyen copias de ambas caras de la(s) tarjeta(s) del seguro

Seguro de medicamentos recetados/Gestor de prestaciones farmacéuticas (GPF) _____
Teléfono: _____
N.º de póliza: _____
N.º BIN de la receta _____
N.º de grupo de la receta _____
N.º PCN de la receta _____

4. Información del prescriptor

Nombre _____	N.º de id. de proveedor nacional _____
Apellido _____	N.º de id. tributaria _____
Especialidad _____	N.º de Medicaid _____
Oficina/Clinica/Institución _____	Contacto en la oficina _____
Dirección _____	Teléfono de la oficina _____
Ciudad _____	Fax de la oficina _____
Estado _____	CP _____
Correo electrónico de la oficina _____	

5. Receta

Receta: EGRIFTA SV® (tesamorelin para inyección) 2 mg por vial NDC 62064-241-30 [30 viales]
Posología y modo de empleo: Inyección subcutánea diaria de una dosis de 1,4 mg de EGRIFTA SV® (0,35 ml) requiere 1 vial de EGRIFTA SV® 2 mg
Diagnóstico (ICD-10): E88.1 Lipodistrofia asociada al VIH B20 Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) Otros _____

Dispensar: Suministro para 30 días con 11 Recargas u Otros _____

Dispensar: Kit de Inyección Dispensar: Suministro para 90 días con 3 Recargas u Otros _____

Nota: El diagnóstico y el código de diagnóstico son obligatorios para el procesamiento de este formulario.

Instrucciones adicionales _____

6. Autorización y firma del prescriptor

Certifico que la información sobre el paciente y el médico vertida en este formulario de inscripción es completa y precisa, según mi leal saber y entender. He recetado TROGARZO® en función de la necesidad médica, según mi criterio, y supervisaré el tratamiento del paciente. He recibido la autorización necesaria antes de transmitir la información de salud a Theratechnologies Inc. y a las partes que trabajan con Theratechnologies Inc., para que puedan evaluar la cobertura del seguro del paciente y determinar si es elegible para el programa THERA patient support®. Autorizo que se reenvíe esta receta a la farmacia de especialidad proveedora, en mi nombre y en nombre del paciente. Ni el paciente ni yo pretendemos que se nos reembolse el valor de ningún producto gratis recibido dentro del programa.

Nota especial: El médico debe cumplir con los requisitos de recetas específicos de su estado con respecto a, por ejemplo, recetas electrónicas, formularios de recetas específicos del estado, idioma del fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado puede resultar en la divulgación al paciente.

Marque una:

Firma del médico prescriptor _____
(sin sellos; **Administrar según indicaciones escritas**) Fecha _____

O

Firma del médico prescriptor _____
(Sin sellos; **Sustitución autorizada**) Fecha _____

Nota: El médico debe firmar y fechar para que se surta la receta.

Autorización y firma del paciente

Autorización del paciente para usar y divulgar información de salud protegida

Autorizo a los profesionales médicos y al personal involucrado en mi atención a divulgar mi información de salud protegida (como se define a continuación) que incluye, por ejemplo, mis registros médicos y otra información de salud vertida en el formulario completo de Declaración de Necesidad Médica y otros formularios, registros que pueden contener información creada por otras personas, entidades, médicos y profesionales de la salud sobre diagnóstico y tratamiento de VIH/SIDA, resultados de pruebas de VIH, e información con respecto a servicios de tratamiento de consumo de sustancias y servicios de salud mental (excepto las notas de psicoterapias) (en conjunto, «Información de Salud Protegida»), a Theratechnologies Inc. y sus agentes, representantes y proveedores de servicios directos e indirectos (en conjunto, «Theratechnologies»), para que Theratechnologies pueda hacer lo siguiente:

1. Facilitar el abastecimiento de mi receta y la entrega y administración de productos de Theratechnologies, lo que incluye la divulgación o la redivulgación de la Información de Salud Protegida a las farmacias.
2. Asistirme para obtener cobertura de seguro para los productos de Theratechnologies, lo que incluye la divulgación o la redivulgación de la Información de Salud Protegida a los planes de salud.
3. Asociarme con un enfermero navegador para capacitación y asistencia de adherencia. La interacción puede ser capacitación en audio o video en vivo para enseñar sobre usos y administración, si corresponde, y orientación continua sobre adherencia. Tengo derecho a que no se me grabe en ningún momento. Theratechnologies tendrá acceso a mis comunicaciones para brindar atención adecuada al paciente. La difusión, el almacenamiento o la retención de una imagen u otra información que identifique a un paciente debe cumplir con las leyes y regulaciones estatales y federales sobre confidencialidad.
4. Crear información colectiva y no identificada para usar y compartir con fines de reembolso, publicación o comerciales.

Autorizo a Theratechnologies y a sus proveedores a contactarme por correo, correo electrónico, video o teléfono para inscribirme y administrar los programas que prestan servicios de apoyo.

Al marcar esta casilla , autorizo a Theratechnologies a:

- Enviarme mensajes de texto sobre mi EGRIFTA SV®. Comprendo que pueden aplicarse tarifas estándar por el envío de datos y mensajes de texto, según mi plan de telefonía móvil.
- Brindarme información educativa, información sobre ensayos clínicos y materiales de marketing, sin cargo.
- Realizar encuestas para medir mi satisfacción con los productos y servicios de Theratechnologies.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ MM/DD/AA

Domicilio _____ Teléfono _____

Firma del paciente _____ Fecha _____ MM/DD/AA

Nombre del representante autorizado _____

Si es el representante del paciente, identifique su relación con el paciente y mencione la base de la autoridad

AVISO AL RECEPTOR DE LA INFORMACIÓN:

Información relacionada con VIH: En tanto la información relacionada con VIH se le haya proporcionado a usted, esa información se le ha divulgado de los registros cuya confidencialidad puede estar amparada por las leyes estatales y federales. Las leyes pueden prohibirle que continúe divulgando la información relacionada con VIH sin el consentimiento escrito específico de la persona a quien pertenece la información o de conformidad con lo que esas leyes establecen. Al obtener ese consentimiento escrito, debe identificar expresamente que «se divulga información relacionada con VIH» (una autorización general para la divulgación de todo el expediente médico. No es suficiente para este fin). Cualquier divulgación verbal debe estar acompañada de ese aviso dentro de un plazo de 10 días.

EGRIFTA SV® es una marca comercial registrada de Theratechnologies Inc. THERA patient support® es una marca comercial registrada de Theratechnologies Inc.

Todos los derechos reservados. © 2023 Theratechnologies Inc.

Para cumplir con estos objetivos, también autorizo a Theratechnologies a compartir información, incluida la información sobre VIH/SIDA, con las otras entidades definidas como Theratechnologies en esta Autorización. Comprendo que, una vez que mi Información de Salud Protegida se divulgue conforme a esta autorización, quizás ya no esté amparada por las leyes y las regulaciones federales de privacidad conocidas como Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) ni por las leyes estatales de privacidad, y puede quedar expuesta a que Theratechnologies y los terceros con quienes comparte información la divulguen. No obstante, otras leyes federales o estatales pueden prohibir al receptor divulgar información especialmente protegida como determinada información relacionada con VIH/SIDA, información sobre tratamientos de trastornos de consumo de sustancias e información sobre salud mental. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negación no afectará mi capacidad de recibir productos de Theratechnologies, tratamientos o pagos, de inscribirme en un plan de salud ni afectará mi elegibilidad para beneficios, pero sí puede limitar mi capacidad de recibir determinados servicios de apoyo prestados por Theratechnologies.

Comprendo que los profesionales de la salud pueden recibir compensación, remuneración u otros valores, como resultado del uso y la divulgación de mi Información de Salud Protegida, según se describe en esta autorización.

Comprendo que esta autorización permanecerá vigente durante 10 años a partir de la fecha de mi firma, a menos que las leyes estatales o federales la limiten o que yo la revoque mediante notificación escrita enviada a Theratechnologies c/o

ASPEN Pharmacies, LLC

290 West Mount Pleasant Ave

Building 2, 4th Floor, Suite 4210

Livingston, NJ 07039 United States

En caso de revocar esta autorización, Theratechnologies y los terceros que reciban mi aviso de revocación deberán dejar de usar mi Información de Salud Protegida para los fines detallados en el presente, pero la revocación no afectará el uso y la divulgación previos de mi Información de Salud Protegida, conforme a esta autorización. Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización después de firmarla.

Comprendo que los servicios de apoyo que presta Theratechnologies y que se describen en esta autorización pueden cambiar en cualquier momento, sin aviso previo.