



Apellido del Paciente: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Nombre del Médico: _____

Teléfono del Hogar del Paciente: (_____) _____ - _____ Teléfono Celular del Paciente (_____) _____ - _____

¿Está bien que le dejen un mensaje detallado? ¿Está bien que le envíen mensajes de texto?

Correo Electrónico del Paciente _____ Idioma Preferido: Inglés Español Otro: _____

Representante alternativo (opcional)

Apellido del Representante: _____ Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

1

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA USAR/DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD: EASE



Al firmar a continuación, autorizo a mis proveedores de atención médica, a Exelixis, Inc. (Exelixis) y a sus representantes, agentes, y contratistas, incluyendo el Programa EASE operado por RxCrossroads by McKesson en nombre de Exelixis y otras farmacias especializadas contratadas con Exelixis (en conjunto, "las entidades") a usar y compartir entre ellos mi información médica personal ("mi IMP"), que puede incluir la información contenida en el formulario de inscripción, información del seguro médico e información de la historia clínica relacionada con el tratamiento con los productos de Exelixis; para los fines de (1) proporcionar los servicios ofrecidos por EASE ("el programa"), incluido el Programa de asistencia con copagos o el Programa de asistencia al paciente; (2) emprender servicios de apoyo financiero, incluida la verificación de beneficios, posibles costos de bolsillo, y elegibilidad para recibir asistencia financiera; (3) para ver si reúno los requisitos para recibir asistencia del paciente; (4) facilitar el surtimiento de medicamentos, suministros, o servicios de Exelixis; (5) brindar soporte y servicios al producto; y (6) realizar apoyo, educación, y servicios de asistencia en línea. Además, al firmar la Autorización opcional del paciente para inscribirse al Apoyo adicional de Exelixis en la Sección 2, autorizo a las Entidades a usar y divulgar mi IMP para los fines contemplados en esta. Comprendo que una vez que mi IMP se comparta con ciertas entidades como se describe anteriormente, es posible que no permanezca protegida por la ley federal de privacidad y que se divulgue a otras personas. Comprendo que las farmacias pueden recibir un pago por el uso y la divulgación de mi IMP según se describe en esta autorización. Asimismo, autorizo a las farmacias a usar mi IMP para comunicarse conmigo sobre el producto farmacéutico que se me ha recetado y que pueden recibir una tarifa por dicha comunicación. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que, si me rehúso, esto no afectaría mis derechos al tratamiento o los beneficios de salud, pero me impediría inscribirme en el programa EASE. También comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento escribiendo a EXELIXIS Access Services, PO Box 1749, Columbus, OH 43216-1749 y solicitando dicha cancelación, pero que dicha cancelación no afectará el intercambio y uso de mi IMP por parte de las entidades antes de que reciban realmente la notificación de mi cancelación. Si no cancelo esta autorización antes, permanecerá válida durante 5 años a partir de la fecha de mi firma a continuación o el período máximo permitido por la ley estatal si este es menor a 5 años. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización cuando se firme.

Firme aquí

Apellido del Paciente o su Representante en Letra de Imprenta: _____ Nombre: _____

Firma del Paciente o su Representante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

LLAME: 1-844-900-EASE
(1-844-900-3273)

lunes a viernes
8:00 AM a 8:00 PM
(Hora del Este)

**Envíe por Fax el Formulario
Completado y Firmado a:**

FAX: 1-844-901-EASE
(1-844-901-3273)

VISITE: www.EASE.US

 **OBLIGATORIO** Apellido del Paciente: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

2 AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA INSCRIPCIÓN EN APOYOS ADICIONALES A EXELIXIS (OPCIONAL)

Autorizo a Exelixis y a sus agentes (incluidos los proveedores de servicios en su nombre) a proporcionarme información, incluidos materiales promocionales y de productos, con respecto a ofertas, servicios y programas, capacitación educativa y apoyo continuo sobre el uso de productos Exelixis que puedan ser de mi interés, y a comunicarse conmigo con dicha información por correo postal, correo electrónico, mensaje de texto o teléfono, incluso a través de un sistema de marcado telefónico automático.

Además, autorizo a Exelixis a analizar los productos Exelixis y a obtener comentarios (para fines de investigación de mercado). Exelixis o sus proveedores de servicios eliminarán la identificación de la información personal de acuerdo con las leyes federales y estatales de los EE. UU. aplicables para tales fines de investigación de mercado.

Entiendo que puedo elegir no recibir en absoluto estas comunicaciones individuales en cualquier momento si llamo al 1-855-400-3935.

Firme aquí Apellido del Paciente o su Representante en Letra de Imprenta: _____ Nombre: _____
Firma del Paciente o su Representante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

3 PROGRAMA DE COPAGO DE EASE PARA PACIENTES CON SEGUROS COMERCIALES (Complete esta sección SOLAMENTE SI desea postularse para el Programa de Copago de EASE.)

Autorizo a EASE a inscribirme en el Programa de Asistencia de Copago y a utilizar mi información de identificación personal relacionada con mi terapia para la administración del programa. Al firmar a continuación, confirmo y certifico que no participo en ningún programa de Medicaid ni Medicare, ni en ningún programa de beneficios similar de naturaleza federal o estatal, o financiado por el gobierno. Comprendo que la información personal que se proporciona y la información relacionada con el uso del Programa de Asistencia de Copago de EASE en la farmacia, como la fecha en que se procesó la transacción y el monto del copago que pagará Exelixis, Inc., se compartirá con Exelixis, Inc., el patrocinador del programa, y sus socios externos.

Firme aquí No participo en ningún programa de Medicaid ni Medicare, ni en ningún programa de beneficios similar de naturaleza federal o estatal, o financiado por el gobierno.

Apellido del Paciente o su Representante en Letra de Imprenta: _____ Nombre: _____
Firma del Paciente o su Representante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

4 PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA PACIENTES (PAP) DE EASE PARA PACIENTES SIN SEGURO/CON SEGURO INSUFICIENTE

Comprendo que estoy proporcionando "instrucciones escritas" que autorizan al Programa de Asistencia para Pacientes de EASE, Exelixis y su proveedor, de conformidad con la Ley de Informes de Crédito Justos ("FCRA"), a obtener información de mi perfil de crédito u otra información de Experian Health, con el propósito de determinar las calificaciones financieras para los programas administrados por EASE. Comprendo que debo aceptar afirmativamente estos términos para poder continuar con este proceso de evaluación financiera. Certifico que toda la información que proporciono, incluida la información financiera y de seguros, está completa y es verdadera. Si se producen cambios en mis ingresos o en mi cobertura de salud, llamaré a EASE al 844-900-3273. Si soy elegible, me gustaría ser considerado para los programas administrados por EASE.

Se aplican límites de ingresos. Esta información solo se utilizará para determinar la elegibilidad para el PAP. Se puede solicitar a los solicitantes del PAP que presenten una verificación de todas las fuentes de ingresos del hogar. Ninguna de las partes puede solicitar el reembolso de ningún medicamento gratuito proporcionado al paciente conforme al PAP de EASE. Los medicamentos gratuitos (1) pueden no contabilizarse en los costos del bolsillo de un paciente bajo su plan de seguros, como en el caso del costo del bolsillo real (TrOOP) de Medicare Parte D y (2) no dependen de ninguna compra.

Firme aquí Número del Seguro Social: _____
Ingresos Anuales del Hogar Antes de los Impuestos: _____ Cantidad de personas en el hogar: _____
Apellido del Paciente o su Representante en Letra de Imprenta: _____ Nombre: _____
Firma del Paciente o su Representante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

 **LLAME: 1-844-900-EASE**
(1-844-900-3273)

 **lunes a viernes**
8:00 AM a 8:00 PM
(Hora del Este)

Envíe por Fax el Formulario Completado y Firmado a:

 **FAX: 1-844-901-EASE**
(1-844-901-3273)

 **VISITE: www.EASE.US**