

KRYSTEXXA (pegloticasa) Vial listo para usar (RTU)

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE



USA-ABYS-80144 09/25

Una vez que esté completo, envíe las páginas 1 a 4 por fax al 1-877-633-9522 o por correo electrónico a GoutABYS@amgen.com

Inicie el proceso de inscripción para pacientes al completar TODOS LOS CAMPOS REQUERIDOS marcados con*.

Para recibir apoyo al paciente o asistencia para obtener la firma del paciente, llame a Amgen By Your Side al 1-877-633-9521.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre*		Apellido*	
Género: Masculino Femenino		Fecha de nacimiento*: ____ / ____ / ____ (MM/DD/AAAA)	
Dirección de correo electrónico*		Idioma principal	
Primario		Primario	
Teléfono móvil*	Teléfono residencial*		
Dirección*			
Ciudad*		Estado*	Código postal*
Nombre de contacto alternativo Teléfono de contacto alternativo			

DIAGNÓSTICO

Requerido para la investigación de beneficios

Código de diagnóstico primario*: MIA. _____ — Gota crónica

Consulte la lista completa de códigos en ChronicGoutCodes.com.

Códigos de manifestación de enfermedad adicionales: _____

Medicamentos empleados/tratamiento previo*: _____

ADMINISTRACIÓN CONCOMITANTE DE MEDICAMENTOS

¿Se recetó algún inmunomodulador? Sí No
En caso afirmativo, indíquelo: metotrexato Otro

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Incluya copias del anverso y reverso de la tarjeta o tarjetas del seguro junto con este formulario

Seguro primario*	Seguro secundario
No. de póliza*	No. de póliza
Nombre y apellido del titular de la póliza*	Nombre y apellido del titular de la póliza
Teléfono de la compañía de seguros*	Teléfono de la compañía de seguros
No. de grupo*	No. de grupo
Fecha de nacimiento del titular de la póliza*: ____ / ____ / ____ (MM/DD/AAAA)	Fecha de nacimiento del titular de la póliza*: ____ / ____ / ____ (MM/DD/AAAA)
Nombre del grupo médico/IPA Solicitud de reverificación	Nombre del grupo médico/IPA Según tengo entendido, el paciente no tiene seguro médico.

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE RECETA

Nombre*		Apellido*
Dirección*		
Ciudad*	Estado*	Código postal*
No. de NPI*	No. de licencia estatal*	No. de identificación fiscal*
Afilación a clínica/hospital		
Nombre de contacto del consultorio*		Teléfono de contacto del consultorio*
Dirección de correo electrónico*		Número de fax*
Especialidad del profesional que receta*: _____		
Modo de comunicación preferido: Teléfono Correo electrónico		

GESTIÓN CONJUNTA/DERIVACIÓN DE PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA (HCP)

Complete si otro proveedor de atención médica le derivó el paciente. Formará parte del equipo de atención del paciente.

Nombre	Apellido	
Especialidad	Teléfono	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

CENTRO DE INFUSIÓN PREFERIDO

Si no tiene, Amgen By Your Side puede brindarle opciones.

El centro de infusión es el mismo que el del consultorio que receta.

Nombre del centro	Dirección	
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Número de fax	
No. de NPI del centro	No. de identificación fiscal	

Firmas completas e información de la receta médica en la siguiente página



CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

(Obligatorio. Consulte la información de las páginas 3 y 4.)

USA-ABYS-80144 09/25

Debe leer el Consentimiento para el procesamiento de los datos de salud en la página 4 y luego seleccionar una de las respuestas a continuación. **Seleccione “Doy mi consentimiento” para continuar con la inscripción. Si selecciona “No doy mi consentimiento”, no se podrá inscribir en Amgen By Your Side.**



Doy mi consentimiento para la recopilación, el procesamiento y la divulgación de mis datos de salud para los fines establecidos en la página 4.

No doy mi consentimiento para la recopilación, el procesamiento y la divulgación de mis datos de salud para los fines establecidos en la página 4.

Al firmar a continuación, indico que he leído y comprendido la Autorización para el uso y la divulgación de información médica protegida (páginas 3 y 4), que estoy legalmente autorizado para dar mi consentimiento y que lo doy como paciente o representante legal del paciente para que Amgen, sus contratistas y socios comerciales utilicen y compartan la información personal que proporciono para los fines descritos en la Autorización para el uso y la divulgación de información médica protegida.

Nombre del paciente*

Nombre del representante legal (si es necesario)



Firma del paciente (o representante legal)*

____ / ____ / ____
Fecha* (MM/DD/AAAA)

PRESCRIPCIÓN (requerida)

Nombre del paciente*

Apellido del paciente*

____ / ____ / ____
Fecha de nacimiento*
(MM/DD/AAAA)

Dosis: Inyección de KRYSTEXXA® (peglicásica), 8 mg/50 ml, para infusión intravenosa cada dos semanas durante no menos de 120 minutos

Cantidad de viales*: _____ Nuevos surtidos de medicamento*: _____ Alergias*: _____ o Sin alergias farmacológicas conocidas (NKDA)

Autorizar suministros de administración según sea necesario

Contraindicaciones:

- Pacientes con deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD)
- Pacientes con antecedentes de reacciones de hipersensibilidad graves, incluida anafilaxia, a KRYSTEXXA o a cualquiera de sus componentes.

Administración: No administre KRYSTEXXA como inyección intravenosa en bolo. KRYSTEXXA sólo debe administrarse mediante infusión intravenosa. Se puede utilizar una bomba de infusión para el vial listo para usar.

Requisitos estatales: El profesional que receta debe cumplir con los requisitos específicos de receta de su estado, como receta electrónica, formulario de receta específico del estado, idioma del fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado podría dar lugar a que se contacte al profesional que receta.

La firma a continuación indica la autorización de la receta y la certificación del profesional que receta.



Firma del profesional que receta (dispensar según lo escrito)*

Solo firma manuscrita o electrónica; no se aceptan sellos.

Firma del profesional que receta
(se permiten sustituciones)

____ / ____ / ____
Fecha* (MM/DD/AAAA)

Certificación del profesional que receta: Certifico que el tratamiento mencionado anteriormente es médicamente necesario, la información proporcionada es precisa según mi leal saber y entender, y a mi paciente se le administra KRYSTEXXA (peglicásica) inyectable, 8 mg/50 ml, para infusión intravenosa de acuerdo con el uso indicado en la etiqueta del producto. Declaro que mi paciente ha solicitado y autorizado la divulgación de su información personal a Amgen, Inc. y sus afiliados y sus respectivos empleados o agentes (colectivamente, “Amgen”) para que Amgen administre el programa Amgen By Your Side (el “Programa”), el cual proporciona apoyo centrado en el paciente, incluido apoyo logístico y de tratamiento no médico para KRYSTEXXA, según se receta, y educación sobre el proceso del seguro. Además, declaro que le he explicado al paciente, y que el paciente indicó que ha comprendido y otorgado su consentimiento para lo siguiente: 1) Amgen utilizará el nombre del paciente, la fecha de nacimiento, la información de contacto, las recetas y otra información de salud necesaria para administrar el Programa. 2) Amgen luego divulgará la información personal del paciente a las aseguradoras del paciente para los mismos fines. 3) El paciente puede retirar su consentimiento al comunicarse con Amgen al 1-844-469-4297 o visitar www.amgen.com/DataSubjectRights, pero si el paciente no está de acuerdo o retira su consentimiento para estos usos y divulgaciones, no puede recibir estos servicios de apoyo al paciente para este medicamento que necesariamente requiere que Amgen procese la información personal del paciente. 4) El paciente puede ver más detalles sobre las prácticas de privacidad de Amgen en www.amgen.com/privacy. Autorizo a Amgen a enviar esta receta en mi nombre a la farmacia correspondiente designada por el paciente que utiliza su plan de beneficios por cualquier medio permitido por la legislación aplicable. Además, comprendo y acepto que (a) cualquier medicamento o servicio proporcionado a través del Programa como resultado de este formulario es solo para el paciente nombrado y no se realiza a cambio de ningún acuerdo o entendimiento expreso o implícito de que recomendaría, recetaría o usaría KRYSTEXXA o cualquier otro producto o servicio de Amgen para cualquier otra persona; (b) mi decisión de recetar KRYSTEXXA se basó únicamente en mi determinación profesional de la necesidad médica; y (c) no buscaré el reembolso de algún medicamento o servicio proporcionado por o a través del Programa de algún programa gubernamental o aseguradora externa. Entiendo que Amgen puede modificar o terminar el Programa en cualquier momento sin previo aviso. El diligenciamiento y la presentación de la documentación relacionada con la cobertura o el reembolso son responsabilidad del paciente y proveedor de atención médica. Amgen no hace ninguna declaración ni otorga ninguna garantía con respecto a la cobertura o el reembolso de algún artículo o servicio. En nombre del paciente, Amgen espera que el profesional que receta coordine con Amgen By Your Side para brindar, en la medida de sus posibilidades, servicios de infusión dentro de la red y que trabaje con Amgen By Your Side para comunicar de manera eficaz las opciones dentro y fuera de la red y las obligaciones financieras correspondientes del paciente relacionadas con cada opción. Si el profesional que receta presta a sabiendas servicios fuera de la red sin el conocimiento y consentimiento del paciente, el profesional no puede facturarle al paciente el saldo correspondiente a los servicios fuera de la red. **Requisitos estatales:** Certifico que la receta que estoy enviando como parte de este formulario de inscripción del paciente cumple con los requisitos de receta de mi estado (por ejemplo, receta electrónica, formulario de receta específico del estado, idioma del fax). Entiendo que el incumplimiento de los requisitos de prescripción específicos de mi estado dará lugar a que se comuniquen conmigo para obtener una receta que cumpla con los requisitos.

Al completar y firmar este formulario, se inicia el proceso de inscripción en Amgen By Your Side; sin embargo, su paciente debe firmar una Autorización del paciente para completar la inscripción en Amgen By Your Side. Tenga en cuenta que su paciente no se beneficiará de los servicios y el apoyo que ofrece el Programa a menos que firme una Autorización del paciente, en donde dé el consentimiento para recibir dichos servicios. Si su paciente no firma la Autorización del paciente, incluida en este formulario, Amgen se pondrá en contacto con el paciente para determinar si está interesado en firmar una Autorización del paciente por separado.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE MÉDICA PROTEGIDA

Lea y firme en la sección Consentimiento y autorización del paciente en la página 2.

USA-ABYS-80144 09/25

Usos y divulgación de información médica protegida

Autorizo a Amgen y sus procesadores de datos (colectivamente, “Amgen”) a recopilar, utilizar y divulgar mi información médica protegida para los siguientes fines:

- Operar, administrar, inscribirme o continuar mi participación en el programa Amgen By Your Side o cualquier otro servicio y actividad de apoyo al paciente afiliado a Amgen relacionado con mi afección o tratamiento (por ejemplo, programas de tarjetas de copago, programas de asistencia de reembolso, verificación de cobertura de medicamentos, servicios de enlace de acceso de pacientes, programa de adherencia y apoyo para el manejo de enfermedades).
- Comunicarse, con mi permiso, con mi médico y el resto de mi equipo de atención médica, y compartir con ellos la información de salud que pueda ser útil para mi atención.
- Mejorar, desarrollar y evaluar los productos, servicios, materiales y programas de Amgen relacionados con mi afección o tratamiento.

Para que Amgen me pueda brindar los servicios o programas descritos anteriormente, Amgen necesita recopilar y utilizar mi información personal, incluida mi información médica protegida. Entiendo que mi información médica protegida puede incluir cualquier información, en forma electrónica o física, en posesión o derivada de un proveedor de atención médica, plan de atención médica, farmacia, compañía farmacéutica, laboratorio o su contratista (cada uno, un “Proveedor de atención médica”). Esto puede incluir información seleccionada de o sobre mi historial médico y salud general, los beneficios de mi plan de atención médica, los límites o restricciones de pago cubiertos por la póliza de mi plan de atención médica o mi adherencia a mi tratamiento.

Autorizo a mis proveedores de atención médica a divulgar mi información médica protegida a Amgen, y entre ellos, según sea necesario, pero solo para los fines establecidos anteriormente en esta Autorización. Entiendo que algunos de mis proveedores de atención médica (como farmacias y farmacias especializadas) pueden recibir una remuneración de Amgen a cambio de divulgar mi información médica protegida o por utilizar mi información para comunicarse conmigo mediante comunicaciones sobre productos de Amgen que me han sido recetados (por ejemplo, programas de recordatorio de medicamentos y otros servicios de apoyo al paciente).

Vencimiento, derecho a obtener una copia y derecho a cancelar

Entiendo que al firmar este formulario, autorizo a mis proveedores de atención médica u otras personas que puedan tener mi información médica a divulgarla a Amgen. También entiendo que autorizo que mi información personal, incluida mi información médica protegida, se utilice para los fines descritos anteriormente. Entiendo y acepto que al firmar a continuación, autorizo a quienes dependen de esta Autorización a divulgar mi información médica protegida durante cinco (5) años o hasta que finalice mi participación en el programa Amgen By Your Side a través de mi cancelación, a menos que la legislación estatal exija un período de tiempo más corto.

Entiendo que puedo obtener una copia de esta Autorización o cancelarla en cualquier momento al llamar a Amgen al 1-844-469-4297 o escribir a Amgen By Your Side, 1 Horizon Way, Deerfield, IL 60015. Si cancelo esta Autorización, ya no calificaré para los servicios descritos. También entiendo que si un proveedor de atención médica divulga mi información médica protegida a Amgen en función de esta autorización de manera continua, mi cancelación con Amgen será efectiva con respecto a dichos proveedores de atención médica tan pronto como reciban la notificación de mi cancelación.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (CONTINUACIÓN)

Lea y firme en la sección Consentimiento y autorización del paciente en la página 2.

USA-ABYS-80144 09/25

Sin efecto en el tratamiento

Entiendo que no tengo que firmar esta Autorización y que mi inscripción en cualquiera de los servicios o programas descritos anteriormente es completamente voluntaria. Entiendo que Amgen, así como los proveedores de atención médica, no pueden exigirme que firme esta Autorización como condición para tener acceso a medicamentos, fármacos de venta con receta, tratamientos u otra atención. La ley federal (incluida La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico [HIPAA]) requiere una autorización firmada para que Amgen recopile mi información médica protegida de mis proveedores de atención médica. Entiendo que no puedo participar en los servicios o programas enumerados sin firmar esta Autorización o una autorización equivalente con mis proveedores de atención médica.

Información recibida de proveedores de atención médica

Entiendo que una vez que mi información médica protegida haya sido divulgada a Amgen, puede que las leyes federales de privacidad ya no apliquen y dejen de protegerla de futuras divulgaciones, y que Amgen puede divulgar mi información médica protegida a sus procesadores de datos, contratistas y socios comerciales para sus fines comerciales. Sin embargo, Amgen acepta proteger mi información de médica protegida al utilizar y divulgarla únicamente como se establece en la Autorización o según lo permita o requiera la ley.

CONSENTIMIENTO DE LA LEY ESTATAL DE EE. UU. PARA PROCESAR DATOS DE SALUD PARA AMGEN BY YOUR SIDE

Lea y proporcione una respuesta en la sección Consentimiento y autorización del paciente en la página 2.

Doy mi consentimiento para que Amgen procese mis datos de salud para los siguientes fines:

- Inscribirme y gestionar mi participación en el programa Amgen By Your Side, que incluye actividades relacionadas con mi afección o tratamiento (por ejemplo, programas de tarjetas de copago, verificación de cobertura de medicamentos del pagador, apoyo de enlace de acceso para pacientes, apoyo para el manejo de enfermedades), y para administrar los productos, servicios y programas de Amgen relacionados con mi afección o tratamiento.

Amgen utiliza lo siguiente cuando administra el programa Amgen By Your Side:

- Datos de salud: mi nombre (y el nombre de mi cuidador si corresponde), género, fecha de nacimiento, información de contacto e información relacionada con mi afección de salud o tratamiento.

Entiendo que se requiere mi consentimiento para el procesamiento para poder participar en el programa Amgen By Your Side. También entiendo que Amgen no venderá mis datos de salud a terceros, pero que puede divulgar mis datos de salud a los procesadores de datos, contratistas y socios comerciales de Amgen para los fines comerciales relacionados con el programa Amgen By Your Side. Entiendo que Amgen puede usar mis datos de salud para comunicarse conmigo por correo postal, correo electrónico, teléfono o mensaje de texto para los fines mencionados anteriormente. Los Términos y condiciones de móviles se pueden encontrar en AmgenByYourSide.com/mobile-terms-and-conditions. También entiendo que si no doy mi consentimiento para el uso de mis datos de salud para los fines mencionados anteriormente, no podré participar en el programa Amgen By Your Side. Finalmente, comprendo que puedo retirar mi consentimiento para procesar mis datos de salud para los fines mencionados anteriormente en cualquier momento utilizando uno de los métodos enumerados en la sección Divulgaciones adicionales a continuación y que si retiro mi consentimiento, ya no podré participar en el programa Amgen By Your Side.

Divulgaciones adicionales

Entiendo que la participación en el programa Amgen By Your Side es un servicio opcional sin costo para mí. El anterior consentimiento no afecta de ninguna manera mi derecho a obtener cualquier medicamento y no tengo que dar mi consentimiento para poder recibir algún medicamento. Para obtener una copia del anterior consentimiento o para retirar mi consentimiento para la recopilación, el procesamiento o la divulgación de mis datos de salud para cualquiera de los fines mencionados anteriormente para los que he dado mi consentimiento, puedo comunicarme con Amgen al visitar www.amgen.com/DataSubjectRights o llamar al 1-844-469-4297. Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad de Amgen, puede encontrar la Declaración de privacidad de Amgen en <http://www.amgen.com/privacy>.