

Instructions: Complete pages 1 and 2, tear along perforation and fax.

PARA QUE COMPLETE EL PACIENTE

**Información del paciente (letra de molde)**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Celular (optativo): \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Seguro (letra de molde) Llenar únicamente si solicita servicios de reembolso.**

Seguro primario para recetas: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del titular: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Seguro secundario para recetas: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del titular: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Información financiera (Llenar solamente si quiere ayuda a fin de determinar su elegibilidad para otras fuentes de cobertura o asistencia)**

Ingreso familiar actual: \_\_\_\_\_ Número de miembros de la familia que dependen de ese ingreso: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE:** Hago constar que la información proporcionada en este formulario es verdadera y exacta. Entiendo que la recopilación, uso y divulgación de información sobre mi salud está protegida por ley. Los datos incluidos en este formulario, p. ej. mi nombre, dirección, datos del seguro e información médica y de recetas, constituyen "información protegida sobre mi salud". Para mayor información, vea la página 2 de 2. Con mi firma al pie, autorizo la recopilación, uso y divulgación de información protegida sobre mi salud con el fin de coordinar la entrega de PROMACTA.

Firma del paciente o del representante del paciente: \_\_\_\_\_ **FIRMAR AQUÍ** ←

Nombre (letra de molde): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Si firmó el representante, explicar la autorización para actuar en nombre del paciente).

Idioma de preferencia (si no es el inglés): Español  Otro

TO BE COMPLETED BY PRESCRIBER

**Prescription Fulfillment**

*Will PROMACTA be dispensed from your facility?*  Yes (skip to Site Contact Information)  No (continue below)

**Specialty Pharmacy**

PROMACTA is available from multiple authorized specialty pharmacies through the PROMACTA CARES program. A complete list of PROMACTA authorized specialty pharmacies is available at [www.PROMACTACARES.com](http://www.PROMACTACARES.com). Unless patient requests otherwise, the prescription will be directed to the authorized specialty pharmacy that provides the lowest cost-sharing for patient. If more than one specialty pharmacy is found, a specialty pharmacy will be selected for patient based on uniformly applied selection criteria.

- No preference. Please direct prescription to the authorized specialty pharmacy that provides the lowest cost-sharing for patient. If more than one specialty pharmacy is found, a specialty pharmacy will be selected based on uniformly applied selection criteria.
- Please direct prescription to the following authorized specialty pharmacy providing this specialty pharmacy offers the lowest cost-sharing option for patient:  
 \_\_\_\_\_

(Note: If a specialty pharmacy is found to offer a lower cost-sharing option for the patient than the specialty pharmacy named above, the prescription will be directed to specialty pharmacy offering the patient the benefit of a lower cost)

Where would you like your patient's PROMACTA sent via express delivery?

- Directly to my patient at the address listed above.
- Other address if the address listed above is a post office box: \_\_\_\_\_
- To my office at the site address listed below (under Site Contact Information):

Diagnosis: \_\_\_\_\_ ICD-9 Code (optional): \_\_\_\_\_

Prescription for PROMACTA:  PROMACTA 50 mg  PROMACTA 25 mg

Total Daily Dose: \_\_\_\_\_ Quantity: \_\_\_\_\_ Refills: \_\_\_\_\_

Dosing Instructions (Sig): \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ **SIGN HERE** ←

SITE CONTACT INFORMATION

**SITE CONTACT INFORMATION**

Prescriber Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Site Name: \_\_\_\_\_ Site Contact: \_\_\_\_\_

Site Address: \_\_\_\_\_

Site Phone and Extension: \_\_\_\_\_ Site Fax: \_\_\_\_\_

Please Complete Page 2 of 2/Completar la página 2 de 2 →

Instrucciones: llene las páginas 1 y 2, despréndalas por la línea perforada y envíelas por fax.

**PRESCRIBER**

**PRESCRIBER DECLARATION:** I certify that I am prescribing the drug listed above for the patient listed above. I authorize the PROMACTA CARES program, operated by the Lash Group, an agent of GlaxoSmithKline, to transmit electronically or otherwise, on my behalf, this prescription to the authorized specialty pharmacy of patient's choice as indicated above. I understand that the dispensing specialty pharmacy shall send the medication to the patient, unless the patient prefers it to be sent to me, in which case I shall deliver it to the patient. I agree that I will not seek reimbursement for any medication provided hereunder from any government program or third-party insurer.

Prescriber Signature (no stamps): \_\_\_\_\_

**SIGN HERE**

Name (print): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**El paciente o su representante autorizado DEBE firmar este formulario para recibir ayuda y apoyo de reembolso del programa GSK PROMACTA CARES. Antes de firmar, usted, el paciente, debe revisar, entender y aceptar los términos de esta autorización y exención. Si un representante autorizado firma en nombre del paciente, deberá indicar su relación con él.**

**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA FINES DE RECOPIACIÓN, UTILIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA.**

Entiendo que la recopilación, uso y divulgación de información sobre mi salud está protegida por ley. Los datos incluidos en este formulario, p. ej. mi nombre, dirección, datos de mi seguro e información médica y de recetas, constituyen "información protegida sobre mi salud". Con mi firma al pie, autorizo la recopilación, uso y divulgación de la información protegida sobre mi salud como se describe más adelante.

*Entiendo que mis proveedores de atención médica no condicionarán mi tratamiento médico a mi consentimiento para suscribir este formulario de autorización y exención de responsabilidad.* Entiendo que una vez que la información se divulgue conforme a esta autorización, es posible que las leyes federales de privacidad no impidan que las entidades descritas más adelante divulguen mi información ulteriormente. Sin embargo, entiendo que tales entidades han convenido en utilizar o divulgar la información que reciban únicamente para los fines descritos en esta autorización o según lo requiera la ley. Entiendo que esta autorización permanecerá en vigencia por dos (2) años o hasta que se haya resuelto cualquier averiguación sobre mi cobertura, codificación, reembolso u otros aspectos, lo que ocurra más tarde.

También entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento llamando al 1-877-977-6622 y enviando por correo una declaración escrita y firmada de mi revocación a PO Box 220225, Charlotte, NC 28222-0265, pero que tal revocación terminaría mi elegibilidad para participar en los programas, según se describen. La revocación de esta autorización prohibirá toda divulgación posterior a la fecha en que se reciba, excepto en la medida en que ya se haya actuado en función de esta autorización. Esto significa que, después de que usted revoque esta autorización, su información puede ser divulgada entre GlaxoSmithKline ("GSK") y la compañía o compañías que ayuden a GSK a administrar los programas con el fin de mantener registros de su participación, pero no se divulgará ni utilizará de otra forma.

**Inscripción en PROMACTA CARES (para recibir ayuda y apoyo de reembolso)**

El paciente o su representante autorizado DEBE firmar este formulario para recibir ayuda y apoyo de reembolso del programa GSK PROMACTA CARES. Antes de firmar, usted, el paciente, debe revisar, entender y aceptar los términos de esta autorización y exención. Si un representante autorizado firma en nombre del paciente, deberá indicar su relación con él.

Al firmar al pie, autorizo a GSK, al Lash Group y a cualquier otra compañía que GSK utilice para administrar PROMACTA CARES, para hacer lo siguiente:

- 1) Solicitar y recibir de mi médico, proveedor de atención médica, seguro médico o farmacéutico la información necesaria para investigar y resolver cualquier averiguación sobre mi cobertura, codificación o reembolso;
- 2) Recopilar, utilizar y divulgar entre sí cualquier información que yo proporcione a PROMACTA CARES con el propósito de investigar y resolver cualquier averiguación sobre mi cobertura, codificación o reembolso, o para administrar PROMACTA CARES;
- 3) Divulgar al médico, profesional de atención médica o farmacéutico que me está tratando la información que he proporcionado a PROMACTA CARES cuando esto sea necesario para resolver cualquier averiguación sobre mi cobertura, codificación o reembolso. Al firmar al pie, también autorizo a mi seguro, médico, proveedor de atención médica y farmacéutico a revelar la información que GSK y el Lash Group soliciten sobre mis medicamentos recetados y mi estado médico;
- 4) Dirigirse a mí con fines de comercialización y promoción relacionados con mi estado médico, así como proporcionarme otra información relativa a la salud en general;
- 5) Contactar en mi nombre a mi compañía aseguradora, otras fuentes potenciales de financiamiento, trabajadores sociales, organizaciones asistenciales de pacientes, programas de ayuda para pacientes (por ejemplo, el Programa de Compromiso al Acceso de GSK) a fin de determinar si soy elegible para cobertura médica u otros financiamientos, y divulgar a ellos la información sobre mis medicamentos recetados y mi estado médico que yo, mi médico, mi proveedor de atención médica o mi farmacéutico hayan proporcionado; y
- 6) Divulgar cualquier información obtenida de las fuentes mencionadas a terceros si lo exigiera la ley.

Nombre del paciente (letra de molde): \_\_\_\_\_ Firma del paciente: \_\_\_\_\_

**FIRMAR AQUÍ**

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Relación si la persona que firma no es el paciente: \_\_\_\_\_

Envíe por fax este formulario completo a PROMACTA CARES al 1-866-765-0920.

Recibirá por fax la confirmación de su inscripción en el lapso de una hora, en el horario de lunes a viernes de 8:30 a. m a 8:00 p. m., hora del este.

Si tiene alguna pregunta relativa a PROMACTA CARES, llame al 1-877-9PROMACTA (1-877-977-6622).