 **OBLIGATORIO**

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  **OBLIGATORIO**

Al firmar a continuación, autorizo a mis proveedores de atención médica, a Exelixis, Inc. (Exelixis) y a sus representantes, agentes y contratistas, incluido el Programa de EASE operado por McKesson a través de RxCrossroads en representación de Exelixis y otras farmacias especializadas que tienen contratos con Exelixis (denominados colectivamente "Entidades"), a usar y compartir mi información personal de salud (mi PHI), que puede incluir la información contenida en el formulario de inscripción, la información de mi seguro médico y la información de mi historia médica en lo concerniente a los productos de Exelixis, para los propósitos de (1) proveer los servicios ofrecidos por EASE (el programa), incluidos el Programa de Asistencia de Copagos y el Programa de Asistencia para Pacientes; (2) prestar servicios de apoyo financiero, incluidos la verificación de beneficios, posibles costos del bolsillo y la elegibilidad para asistencia financiera; (3) ver si califico para la asistencia de pacientes; (4) facilitarle a Exelixis la dispensación de los medicamentos, suministros o servicios; (5) proporcionar soporte y servicios relacionados con los productos y (6) ofrecer asistencias, educación y asesoría de otros tipos a través de internet. Entiendo que una vez que mi PHI se comparte con ciertas Entidades, tal como se describió anteriormente, es posible que no permanezca protegida por la ley federal de privacidad y podría divulgarse a terceros. Comprendo que las farmacias pueden recibir un pago por el uso y divulgación de mi PHI, tal como se describe en esta autorización. Asimismo, autorizo a las farmacias a usar mi PHI para comunicarse conmigo sobre el medicamento que me recetaron, y pueden recibir un arancel por tal comunicación.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que, si me niego, eso no afectaría mis derechos de tratamiento o 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 52051, Phoenix, AZ 85072-2051 y solicitando dicha cancelación, pero que dicha cancelación no afectará el intercambio y uso de mi PHI por las Entidades antes de que realmente reciban la notificación de mi cancelación. Si no cancelo esta autorización antes, seguirá siendo válida durante 5 años a partir de la fecha de mi firma a continuación. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización una vez que esté firmada.

Firme aquí

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

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

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

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

Autorizo a Exelixis y a sus agentes a proporcionarme información, incluidos materiales promocionales y relacionados con sus productos, que comprendan ofertas, servicios, programas, capacitaciones educativas y asistencia continua sobre el uso de los productos de Exelixis, cuando puedan serme de interés, y a contactarme por correo, correo electrónico o teléfono para conversar sobre los productos de Exelixis y obtener retroalimentación de mi parte (para fines de investigación del mercado).
Comprendo que puedo optar por dejar de recibir estas comunicaciones en cualquier momento llamando al 1-833-306-0552.

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: _____
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**