

Complete y firme el formulario, luego envíe todas las páginas por fax al 1-877-251-9475.

VALCHLOR® (mecloretamina) gel al 0.016 %

Formulario de ingesta y prescripción para el paciente

VALCHLOR® (mecloretamina) gel al 0.016 % tubo de 60 g	Para obtener ayuda con cualquier pregunta, llame al 1-855-4-VALCHLOR (1-855-482-5245) De lunes a viernes, de 8 A. M. a 8 P. M., hora del este
--	--

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente	Apellido	Inicial del segundo nombre	N.º de teléfono principal	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Sexo del paciente <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	N.º de teléfono secundario		Dirección de correo electrónico

INFORMACIÓN DE CONTACTO ALTERNATIVA ACEPTAR dejar un mensaje con un contacto alternativo

Nombre completo	N.º de teléfono principal	Dirección de correo electrónico
-----------------	---------------------------	---------------------------------

SEGURO PRINCIPAL No asegurado

SEGURO DE RECETAS (PBM)

Proporcione copias del anverso y el reverso de todas las tarjetas de seguro médico y de recetas.

Nombre del plan	Nombre del plan		
N.º de teléfono	N.º de teléfono		
N.º de póliza grupal	N.º de póliza grupal		
Id. del suscriptor o N.º de procesamiento de reclamo de medicamentos con receta (Rx BIN)	N.º de Rx BIN	N.º de id. del miembro	
Nombre del titular de la póliza/relación con el paciente	Relación con el paciente		

INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA

Nombre del médico que receta	Apellido	Especialidad		
Nombre del consultorio/clínica/institución		N.º de identificador de proveedor nacional (NPI)	N.º de licencia estatal	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Nombre de contacto del consultorio	N.º de teléfono del consultorio	N.º de fax del consultorio	Dirección de correo electrónico del consultorio	

Complete y firme el formulario, luego envíe todas las páginas por fax al 1-877-251-9475.

INFORMACIÓN CLÍNICA Y DE PRESCRIPCIÓN: Complete para evitar demoras de autorizaciones previas.

Diagnóstico primario ICD-10: C84.00 Micosis fungoide o

Otro ICD-10: _____

Diagnóstico **confirmado por biopsia** de linfoma cutáneo de células T de tipo micosis fungoide (mycosis fungoides-type cutaneous T-cell lymphoma, MF-CTCL): Sí No

Terapias anteriores dirigidas a la piel: _____

Porcentaje estimado del **área de superficie corporal (body surface area, BSA)** afectada: _____

Estadificación del MF-CTCL: _____

<p>VALCHLOR® (mecloretamina) gel al 0.016 % tubo de 60 g</p> <p><input type="checkbox"/> Instrucciones: aplique una capa delgada una vez al día en las áreas afectadas de la piel</p> <p><input type="checkbox"/> Instrucciones (si difieren de las anteriores): _____ _____ _____</p> <p>Cantidad: _____ tubo(s)</p> <p>Necesita reposiciones: _____ para la cantidad de reposiciones autorizadas</p> <p>Suministro para días: 30 / 60 / _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nueva receta <input type="checkbox"/> Renovación</p>	<p>Firma del médico (requerida por la ley)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> (sin sellos) Entregar según lo escrito <input type="checkbox"/> (sin sellos) Se permite sustitución</p> <p>Fecha: _____</p> <p>Certificación del médico que receta: Autorizo a Helsinn Therapeutics (EE. UU.), Inc., sus afiliadas, agentes y contratistas (en conjunto, "Helsinn") a transmitir la receta anterior por cualquier medio permitido por la ley aplicable a la farmacia especializada adecuada para mi paciente.</p> <p>El médico que receta debe cumplir con los requisitos de prescripción específicos del estado, como emisión de recetas electrónicas, formulario de prescripción específico del estado, idioma del fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado podría afectar al médico que receta.</p> <p><input type="checkbox"/> Sin alergias conocidas a fármacos (no known drug allergies, NKDA)</p> <p><input type="checkbox"/> Alergias (detallar)</p> <p>_____</p> <p>Otros medicamentos</p> <p>_____</p>
---	--

Complete y firme el formulario, luego envíe todas las páginas por fax al 1-877-251-9475.

AUTORIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL PACIENTE PARA RECOPIRAR, USAR Y REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA

Confirmando que la información proporcionada en el presente documento es verdadera y correcta. Comprendo que la ley protege la recopilación, el uso y la divulgación de mi información médica. La información contenida en este Formulario de inscripción, como mi nombre, dirección, seguro e información médica, se considera "información médica protegida".

Al firmar a continuación, acepto permitir que las entidades descritas a continuación me dejen mensajes en el/los número(s) de teléfono que proporcione.

Comprendo que mis proveedores de cuidado de la salud no tomarán ninguna decisión sobre el tratamiento médico en función de mi aceptación para firmar esta Autorización y divulgación del paciente. Comprendo que una vez que se divulgue mi información en función de esta autorización, es posible que las leyes federales de privacidad no impidan que las entidades descritas a continuación vuelvan a divulgar mi información. Sin embargo, comprendo que dichas entidades han aceptado usar o divulgar la información recibida solo para los fines descritos en esta autorización o según lo exigido por la ley. Comprendo que esta autorización permanecerá vigente durante diez (10) años después de la fecha en que firme esta autorización, a menos que la ley estatal exija un plazo más breve. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento llamando al 1-855-4-VALCHLOR (1-855-482-5245) o enviando por correo una declaración escrita firmada de mi revocación a 1640 Century Center Parkway, Memphis, TN 38134, pero que tal revocación pondría fin a mi elegibilidad para participar en los programas según lo descrito. La revocación de esta autorización prohibirá las divulgaciones después de la fecha en que se reciba la revocación por escrito, excepto en la medida en que se haya llevado a cabo una acción en función de esta autorización. Esto significa que, después de que revoque esta autorización, mi información puede ser divulgada por Helsinn Therapeutics (EE. UU.), Inc. (Helsinn) y la compañía o las compañías que ayudan a Helsinn a administrar sus programas para mantener registros de mi participación, pero no se divulgará ni se utilizará de ninguna otra manera. Comprendo que mi farmacia especializada puede recibir pagos en relación con el uso y la divulgación de mi información para los fines permitidos en virtud de esta autorización.

Inscripción en **VALCHLOR Support™** para apoyo de reembolso y asistencia al paciente: El paciente, o el representante autorizado del paciente, DEBE firmar este formulario para recibir apoyo para el reembolso y asistencia por parte de **VALCHLOR Support**. Si un representante autorizado firma por el paciente, indique su relación con el paciente. Al firmar a continuación, usted acepta y comprende que Helsinn no promete encontrar maneras de pagar sus medicamentos, y que sabe que usted es responsable de los costos de su atención. Antes de firmar, usted, el paciente, debe revisar, comprender y aceptar los términos de esta autorización y divulgación.

1. Solicitar y recibir de su médico, proveedor de cuidados de la salud, compañía de seguros médicos o farmacéutico la información necesaria para investigar y resolver su cobertura de seguro, la codificación y la consulta sobre reembolsos, o revisar su elegibilidad para programas de asistencia al paciente y asistencia con copagos.
2. Recopilar, usar y divulgar a los demás cualquier información que usted proporcione a **VALCHLOR Support** con el fin de investigar la resolución de su consulta sobre la cobertura del seguro, la codificación o los reembolsos.
3. Divulgar al médico a cargo de su atención, proveedor de cuidados de la salud o farmacéutico la información que proporcionó a **VALCHLOR Support** necesaria para resolver su consulta sobre cobertura del seguro, la codificación o los reembolsos. Al firmar a continuación, también autoriza a su médico, proveedor de cuidados de la salud y farmacéutico a divulgar información sobre sus medicamentos de venta con receta y afecciones médicas solicitadas por Helsinn y **VALCHLOR Support**.
4. Comunicarse con su compañía de seguros, otras posibles fuentes de financiación, trabajadores sociales, organizaciones de defensa del paciente y/o programas de asistencia al paciente en su nombre para determinar si usted es elegible para la cobertura del seguro médico u otros fondos, y divulgarles información sobre sus medicamentos de venta con receta y afecciones médicas que usted o su médico, proveedor de cuidados de la salud o farmacéutico hayan proporcionado.
5. Brindarle información y apoyo disponibles a través de programas de asistencia financiera de Helsinn.
6. Divulgar cualquier información obtenida de las fuentes mencionadas anteriormente a personas específicas que usted haya identificado y autorizado a recibir información en su nombre y a terceros si así lo exige la ley.
7. Otorgo mi permiso para mis proveedores de cuidados de la salud (Healthcare providers, HCP), farmacias, proveedores de servicios y sus contratistas ("Proveedores de cuidados de la salud"), compañía(s) de seguros médicos y sus contratistas ("aseguradoras"), y terceros contratistas para divulgar mi Información personal, incluida información sobre mis beneficios de seguro, recetas, mi afección médica y mis antecedentes, cumplimiento de mi tratamiento, y mi salud general ("Información personal") a Helsinn, sus afiliadas, socios comerciales, y agentes de Helsinn para que puedan: 1) proporcionarme información sobre los productos Helsinn, programas de educación y control respecto a enfermedades, y materiales promocionales, 2) proporcionarme recordatorios de medicamentos y apoyo y 3) realizar el aseguramiento de calidad, encuestas, y otras actividades comerciales internas en relación con el Programa de **VALCHLOR Support** y otros programas relacionados.

Comprendo que, como paciente o firmante, tengo derecho a recibir una copia de este formulario firmado durante el tiempo en que sea válido.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)	Firma del paciente/representante autorizado (incluir relación)	Fecha
--	--	-------