

Formulario de autorización del paciente (Patient Authorization Form, PAF) de AstraZeneca Access 360™ y Cradle With Care™



Para obtener ayuda, comuníquese con Access 360:



1-844-ASK-A360 (1-844-275-2360)



1-844-FAX-A360 (1-844-329-2360)



www.MyAccess360.com



Access360@AstraZeneca.com

Access 360

Access 360 es un programa opcional proporcionado por AstraZeneca para pacientes, sus cuidadores, familiares y proveedores. Access 360 puede ayudarle a entender su cobertura y su obligación financiera con respecto a los medicamentos de AstraZeneca y proporcionarle recursos que faciliten el tratamiento y el pago del mismo.

Al firmar más abajo, autorizo a mis proveedores y personal de atención médica, mi plan de salud y mis farmacias a utilizar y compartir información médica protegida (mi "Información") con AstraZeneca (incluido Access 360) y sus filiales y contratistas ("AstraZeneca"). Mi Información incluye los registros de salud relacionados con las recetas, información acerca de los beneficios de mi plan de atención médica y cualquier otra información relacionada con mi salud. Mi Información podría utilizarse para verificar, investigar y asistir en la coordinación de la cobertura para productos de AstraZeneca; realizar un seguimiento de mi receta según lo solicitado por mi médico; comunicarse conmigo acerca de los programas de asistencia al paciente; y realizar un análisis interno en AstraZeneca para satisfacer mejor las necesidades del paciente. Entiendo que es posible que las leyes federales de privacidad no protejan mi Información cuando esta se haya divulgado; sin embargo, AstraZeneca acepta proteger mi Información al usarla y divulgarla únicamente para los fines especificados. Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que esto no afectará mi tratamiento ni el pago de este, la cobertura de seguro ni la elegibilidad para recibir beneficios. No obstante, si no firmo esta Autorización, no podré recibir la ayuda de Access 360. Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento; para ello, debo enviar por correo una carta en la que solicite dicha cancelación a One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878. Entiendo que una cancelación de este tipo no se aplicará a la Información que ya se haya utilizado o divulgado en función de esta Autorización antes de la recepción de la cancelación.

Los pacientes tienen derecho a recibir una copia firmada. Esta autorización vence dos (2) años después de la fecha de la firma que aparece más abajo, a menos que la ley estatal establezca un período de tiempo más breve.

Cradle with Care

Cradle with Care es un programa de AstraZeneca diseñado para educar sobre el virus respiratorio sincitial (VRS) y los productos de AstraZeneca y para ayudarme a completar el ciclo completo del medicamento recomendado por el médico para mi hijo para la prevención de la enfermedad grave causada por el VRS. Al firmar la autorización en la página siguiente, les permito al hospital, las farmacias y mis proveedores de atención médica que compartan información personal y de salud sobre mi hijo para que yo pueda recibir estas comunicaciones educativas de AstraZeneca y sus contratistas. Entiendo que la capacidad de mi hijo de recibir atención del hospital o de su médico no depende de mi decisión de firmar o no firmar este formulario. Asimismo, entiendo que es posible que las leyes federales de privacidad no protejan la información de mi hijo cuando esta se haya divulgado.

Formulario de autorización del paciente (Patient Authorization Form, PAF) de AstraZeneca Access 360™ y Cradle With CareSM



Para ser completado de forma legible por el profesional de atención médica únicamente. El asterisco (*) indica un campo obligatorio. Proporcione una copia firmada al padre, madre o representante legalmente autorizado de este paciente.

* Nombre del paciente _____ Compañía aseguradora del paciente _____
* Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Peso al nacer ____ lb ____ oz o ____ gramos N.º de registro médico (opcional) _____

Para la información del padre, madre o cuidador, complete el campo Nombre y al menos uno de los siguientes campos:
Teléfono móvil, correo electrónico o dirección

* Información del padre/madre o cuidador _____
(Nombre) (Teléfono móvil) (Teléfono particular) (Correo electrónico)

* Dirección del padre/madre o cuidador _____
(Calle) (Apartamento) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Pediatra/especialista _____
(Nombre) (Teléfono) (Fax)

Dirección del pediatra/especialista _____
(Calle) (Apartamento) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Al comienzo de la temporada del VRS, el bebé en alto riesgo:

(Prematuridad) Nacido a las/los ____ / ____ (semanas/días) de edad gestacional (EG) y que tienen 6 meses de edad o menos

Factores de riesgo/otros _____

Displasia broncopulmonar/enfermedad pulmonar crónica por prematuridad (DBP/EPCP) que requirieron tratamiento médico en los últimos 6 meses y que tienen 24 meses de edad o menos

Cardiopatía congénita (CC) significativa desde el punto de vista hemodinámico y que tienen 24 meses o menos

Evaluación/cronograma de dosificación:

El paciente recibió la dosis inicial en el hospital Fecha ____ / ____ / ____ Fecha de la próxima dosis ____ / ____ / ____

Información de seguridad importante

Los niños que alguna vez sufrieron una reacción alérgica intensa al SYNAGIS no deben recibirlo.

Los efectos secundarios frecuentes de SYNAGIS incluyen fiebre y sarpullido.

Consulte la Información de seguridad importante adicional en el reverso y la Información de prescripción completa que se adjunta para SYNAGIS, incluida la Información para el paciente.

Autorización del paciente de Access 360: Envíela por fax al 1-844-329-2360 si está firmada más abajo

Al firmar más abajo, acepto el uso y la divulgación de la información médica protegida (Protected health information, PHI) del paciente, así como quién puede verla, a los fines descritos en la sección "Access 360" de la página anterior. Si me niego a firmar esta Autorización, o si la revoco posteriormente, el paciente no podrá recibir asistencia de los programas de Access 360. Puedo cancelar mi autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito de mi retiro a: Access 360 Program, One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878, enviando una notificación por escrito por fax a Access 360 al 1-844-329-2360, o llamando a Access 360 al **1-844-275-2360**. Si cancelo esta Autorización, los proveedores de atención médica y las compañías aseguradoras no podrán continuar divulgando la PHI del paciente a AstraZeneca, lo que incluye a sus contratistas y filiales; sin embargo, esto no afectará la capacidad de AstraZeneca de utilizar y divulgar la PHI ya recibida antes de la recepción de la revocación.

*Firma del padre/madre/representante legalmente autorizado _____ *Fecha _____

Esta autorización vence dos (2) años a partir de la fecha en la que firme este formulario, a menos que la ley estatal exija un período más corto.

Cradle With Care: Envíela por fax al 1-844-329-2360 si está firmada más abajo

Al firmar más abajo, permito al hospital y a los proveedores de atención médica de mi hijo que proporcionen la información de mi hijo a AstraZeneca y sus contratistas a los fines descritos en la sección "Cradle With Care" de la página 1. En cualquier momento, puedo cambiar de opinión y decidir que ya no deseo que los médicos de mi hijo le proporcionen la información de mi hijo a AstraZeneca y sus contratistas. Puedo cancelar mi autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito de mi retiro a: AstraZeneca, P.O. Box 4715, Woburn, MA 01888-9955, o enviando una notificación por escrito por fax al 1-844-329-2360. Sin embargo, si la información de mi hijo ya fue entregada a AstraZeneca antes de la recepción de la carta, los médicos o el hospital de mi hijo no solicitarán a AstraZeneca que devuelva esta información. Entiendo que el programa Cradle with Care puede enviarme mensajes de texto si proporciono mi número de celular más arriba y que es posible que se apliquen tarifas por mensajería de texto.

*Firma del padre/madre/representante legalmente autorizado _____ *Fecha _____

Esta autorización vence dos (2) años a partir de la fecha en la que firme este formulario, a menos que la ley estatal exija un período más corto.

Información de seguridad importante



¿Quiénes no deben recibir SYNAGIS?

Los niños que alguna vez sufrieron una reacción alérgica intensa al SYNAGIS no deben recibirlo. Los signos y síntomas de una reacción alérgica grave podrían incluir erupción con picazón; inflamación del rostro; dificultad para tragar; dificultad para respirar; coloración azulada de la piel; debilidad muscular o flacidez; y falta de respuesta. Si su hijo presenta alguno de estos signos o síntomas de una reacción alérgica grave después de recibir SYNAGIS, llame al proveedor de atención médica de su hijo u obtenga ayuda médica de inmediato.

¿Cómo se administra SYNAGIS?

El proveedor de atención médica de su hijo le administra SYNAGIS en una inyección mensual, generalmente en el músculo del muslo (la pierna). Si su hijo tiene un problema de sangrado o se le forman moretones con facilidad, una inyección podría causar un problema. Su hijo debe recibir su primera inyección de SYNAGIS antes de que comience la temporada del VRS, para ayudar a protegerlo antes de que el VRS se vuelva activo. La temporada del VRS en general abarca el período desde el otoño hasta la primavera, pero puede comenzar antes o durar más tiempo en algunas áreas. Cuando el VRS esté más activo, su hijo tendrá que recibir inyecciones de SYNAGIS cada 28 a 30 días para ayudar a protegerlo de una enfermedad grave causada por el VRS durante cerca de un mes. Su hijo debe continuar recibiendo inyecciones mensuales de SYNAGIS hasta el final de la temporada del VRS. Es posible que su hijo aún contraiga la enfermedad grave causada por el VRS después de recibir SYNAGIS. Si su hijo presenta una infección por el VRS, debe continuar recibiendo sus inyecciones mensuales durante toda la temporada del VRS para ayudar a prevenir una enfermedad grave causada por nuevas infecciones del VRS.

Todavía no se ha establecido la efectividad de las inyecciones de SYNAGIS administradas menos de una vez al mes durante toda la temporada del VRS.

¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de SYNAGIS?

Los efectos secundarios graves incluyen reacciones alérgicas graves, que pueden producirse después de recibir cualquier inyección de SYNAGIS y pueden poner en riesgo la vida o causar la muerte. Llame al proveedor de atención médica de su hijo u obtenga ayuda médica de inmediato si su hijo tiene alguno de los signos o síntomas de una reacción alérgica grave. Consulte la sección “¿Quiénes no deben recibir SYNAGIS?” para obtener más información.

Los efectos secundarios frecuentes de SYNAGIS incluyen fiebre y sarpullido.

Estos no son los únicos efectos secundarios posibles de SYNAGIS.

USO APROBADO

SYNAGIS es un medicamento de venta con receta que se utiliza para ayudar a prevenir una enfermedad pulmonar grave causada por el virus respiratorio sincitial (VRS) en niños:

- prematuros (que nacieron en la semana 35 o antes) **y** que tienen 6 meses o menos al comienzo de la temporada del VRS;
- que tienen una afección pulmonar crónica denominada displasia broncopulmonar (DBP) que requirió tratamiento médico en los últimos 6 meses **y** que tienen 24 meses de edad o menos al comienzo de la temporada del VRS;
- que nacieron con determinados tipos de cardiopatías **y** que tienen 24 meses o menos al comienzo de la temporada del VRS.

Se desconoce si SYNAGIS es seguro y efectivo:

- para *tratar* los síntomas del VRS en un niño que ya lo padece. SYNAGIS se usa para ayudar a *prevenir* una enfermedad causada por el VRS
- en niños que tienen más de 24 meses de edad al comienzo de la administración de la dosis.

Consulte la información de prescripción completa que se adjunta para SYNAGIS, incluida la información para el paciente.



SYNAGIS es una marca comercial registrada y AstraZeneca Access 360 es una marca comercial del grupo de compañías AstraZeneca.

©2017 AstraZeneca. Todos los derechos reservados. US-12721 Última actualización 7/17