

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE PARA TEPEZZA (teprotumumab-trbw)



Una vez que esté completo, envíe las páginas 1 a 4 por fax al 1-833-469-8333 o por correo electrónico a [TEPEZZAABYS@amgen.com](mailto:TEPEZZAABYS@amgen.com)

USA-632-81232 10/25

Inicie el proceso de inscripción del paciente al completar **TODOS LOS CAMPOS REQUERIDOS** marcados con \*. Para recibir apoyo al paciente y/o asistencia para obtener la firma del paciente, llame a Amgen By Your Side al 1-833-5-TEPEZZA (1-833-583-7399).

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre*		Apellido*					
Género: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Fecha de nacimiento*: ____ / ____ / ____						
Dirección de correo electrónico*		Idioma principal					
<input type="radio"/> Primario		<input type="radio"/> Primario					
Teléfono móvil*		Teléfono residencial*					
Dirección*							
Ciudad*		Estado*	Código postal*				
Nombre de contacto alternativo				Teléfono de contacto alternativo			

## DIAGNÓSTICO

Código de diagnóstico primario\* (requerido para la investigación de beneficios):

- E05.00 Tirotoxicosis con bocio difuso sin crisis o tormenta tirotóxica
- H05.831 Orbitopatía tiroidea, órbita derecha
- H05.832 Orbitopatía tiroidea, órbita izquierda
- H05.833 Orbitopatía tiroidea, bilateral
- H05.839 Orbitopatía tiroidea, órbita no especificada

Código(s) de diagnóstico secundario: \_\_\_\_\_

Fecha del diagnóstico inicial de la enfermedad ocular tiroidea (TED): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

Complete lo siguiente O adjunte copias del anverso y reverso de las tarjetas de seguro.

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/Asociación de práctica independiente (IPA)		Nombre del grupo médico/Asociación de práctica independiente (IPA)	

Según tengo entendido, el paciente no tiene seguro.

## 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 de contacto del consultorio*		Número de fax*	
Especialidad			
Método de comunicación preferido: <input type="radio"/> Teléfono <input type="radio"/> Correo electrónico			

## PROFESIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA DE GESTIÓN CONJUNTA/QUE DERIVA

Complete esta sección si el paciente también es atendido por otro proveedor de atención médica. Formará parte del equipo de atención del paciente.

Nombre		Apellido	
Especialidad		Teléfono	
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal

## CENTRO DE INFUSIÓN PREFERIDO

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

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

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

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



Debe leer el Consentimiento para el procesamiento de datos de salud en la página 4 y luego seleccionar una de las siguientes respuestas.

**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 o 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 doy mi consentimiento como paciente o representante legal del paciente para que Amgen y sus contratistas y socios comerciales usen 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) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**RECETA MÉDICA (Requerido)**

**Nombre del paciente\*** \_\_\_\_\_ **Apellido del paciente\*** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento\***(MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Medicamento:** TEPEZZA® (teprotumumab-trbw) inyectable, para uso intravenoso // vial de 500 mg

**Instrucciones:** 1 infusión intravenosa periférica cada 3 semanas para un total de 8 infusiones. Administrar las 2 primeras infusiones durante 90 minutos. Las siguientes infusiones se pueden reducir a 60 minutos, si se toleran. Consulte la sección de Dosificación y administración de la información de prescripción para obtener instrucciones adicionales.

**Dosis\*:** **Infusión 1:** \_\_\_\_\_ mg (10mg/kg) **Infusiones 2 a 8:** \_\_\_\_\_ mg (20mg/kg)  
 Suministro para 21 días; 1 receta; sin nuevo surtido de medicamento Suministro para 21 días; 1 receta; 6 nuevos surtidos de medicamento

**Peso\*:** \_\_\_\_\_  lbs o \_\_\_\_\_  kg **Obtenga información sobre la dosificación en [TEPEZZAdosing.com](https://www.amgen.com/tepezza/adosing)**

**Alergias\*:** \_\_\_\_\_ o  Sin alergias conocidas a medicamentos (NKDA)

- Paciente con urgencia médica:** Un paciente con urgencia médica es un paciente que (1) está en riesgo inmediato de pérdida permanente de la visión debido a la enfermedad ocular tiroidea, con o sin neuropatía óptica compresiva, y (2) requiere tratamiento con TEPEZZA mientras se busca activamente la cobertura del seguro para TEPEZZA. Certifico que el paciente cumple con la anterior definición de urgencia médica.
- Órdenes de enfermería para infusión a domicilio:** Proporcionar visitas de enfermería especializada para administrar medicamentos, brindar educación, y evaluar al paciente (requerido para la infusión a domicilio). Se autorizan lavados con solución salina y otros suministros de administración según sea necesario.

**Líquidos para reconstitución/administración:** Reconstituir cada vial con 10 ml de agua estéril para preparaciones inyectables, USP. Administrar a través de una bolsa de infusión que contenga cloruro de sodio al 0.9% inyectable, USP. Para dosis <1800 mg, utilizar una bolsa de 100 ml. Para dosis ≥1800 mg, utilizar una bolsa de 250 ml.

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

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

**Firma del médico que receta (Dispensar según lo escrito)\*** \_\_\_\_\_ **Firma del médico que receta (se permiten sustituciones)** \_\_\_\_\_ **Fecha\*** (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Solo firma manuscrita o electrónica; no se aceptan sellos.

**Certificación del médico que receta:** Certifico que el tratamiento antes mencionado es necesario desde el punto médico, la información proporcionada es precisa según mi leer saber y entender, y a mi paciente se le administra TEPEZZA (teprotumumab-trbw) para infusión 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., sus afiliados y sus respectivos empleados o agentes (denominados colectivamente “Amgen”), para que Amgen administre el programa Amgen By Your Side (el “Programa”), el cual brinda apoyo centrado en el paciente, incluido apoyo logístico y de tratamiento no médico para TEPEZZA, según se receta, y educación sobre el proceso de 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 entonces divulgará la información personal del paciente a la(s) aseguradora(s) 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](http://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 consultar más detalles sobre las prácticas de privacidad de Amgen en [www.amgen.com/privacy](http://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 mencionado y no se realiza un cambio de un acuerdo o entendimiento expreso o implícito de que yo recomendaría, recetaría o usaría TEPEZZA o cualquier otro producto o servicio de Amgen para cualquier otra persona; (b) mi decisión de recetar TEPEZZA se basó únicamente en mi determinación profesional de necesidad médica; y (c) no buscaré el reembolso de algún medicamento o servicio proporcionado por el o a través del Programa de un programa gubernamental o asegurador de terceros. 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 o garantía con respecto a la cobertura o el reembolso de algún producto o servicio. En nombre del paciente, Amgen espera que el médico 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 médico que receta presta a sabiendas servicios fuera de la red sin el conocimiento y consentimiento del paciente, no puede facturarle al paciente el saldo de los servicios fuera de la red. Requisitos estatales: Certifico que la receta que envío 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, texto del fax). Entiendo que el incumplimiento de los requisitos específicos de receta 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 la cual otorga su consentimiento para recibir dichos servicios. Si su paciente no firma la Autorización del paciente incluida en este formulario, Amgen se comunicará con el paciente para determinar si está interesado en firmar una Autorización del paciente por separado.

**Certificación de urgencia médica**  
 Si he marcado la casilla “Paciente con urgencia médica”, comprendo y acepto que (a) la determinación de que es un paciente con urgencia médica se basa únicamente en mi criterio médico profesional; (b) Amgen proporcionará TEPEZZA sin costo para el paciente, hasta los límites establecidos por Amgen; (c) busco activamente cobertura de seguro para TEPEZZA para el paciente, lo cual es un requisito para que el paciente sea elegible para recibir TEPEZZA sin costo; (d) no buscaré reembolso, incluso de algún programa gubernamental, aseguradora o paciente, por el TEPEZZA proporcionado por Amgen sin costo para el paciente; y (e) Amgen puede modificar o finalizar el suministro por urgencia médica en cualquier momento sin previo aviso.

## Usos y divulgación de información médica protegida

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

- Operar, administrar, inscribirme y/o continuar mi participación en el programa Amgen By Your Side o en cualquier otro servicio o actividad de apoyo al paciente afiliado de Amgen relacionado con mi afección o tratamiento (por ejemplo, programas de tarjetas de copago, programas de asistencia de reembolsos, verificación de cobertura de medicamentos, servicios de enlace de acceso para el paciente, 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 mi 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 y/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 formato electrónico o físico, en posesión de o que se derive de un proveedor de atención médica, plan de salud, farmacia, compañía farmacéutica, laboratorio y/o su contratista (cada uno de ellos, un “Proveedor de atención médica”). Esto puede incluir información seleccionada de o relacionada con mis antecedentes médicos y de salud general, los beneficios de mi plan de salud, límites o restricciones de pago cubiertos por la póliza de mi plan de salud, y/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 y/o por utilizar mi información para comunicarse conmigo 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 de cancelación

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 utilizan esta Autorización a divulgar mi información médica protegida hasta lo que ocurra primero: cinco (5) años o hasta que mi participación en el programa Amgen By Your Side finalice mediante 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 revoco 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 basándose en esta autorización de manera continua, mi cancelación con Amgen estará vigente con respecto a dichos proveedores de atención médica tan pronto como reciban notificación de mi cancelación.

## Sin efecto sobre el tratamiento

Entiendo que no tengo que firmar esta Autorización y que mi inscripción en cualquiera de los servicios

y/o programas descritos anteriormente es completamente voluntario. 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 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 y/o programas enumerados sin firmar esta Autorización o una autorización equivalente con mis proveedores de atención médica.

## Información recibida de los proveedores de atención médica

Entiendo que una vez que mi información médica protegida se divulgue a Amgen, es posible 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 médica protegida al utilizar y divulgarla únicamente según lo establecido en la Autorización o según lo permita o requiera la ley.

## CONSENTIMIENTO SEGÚN LA LEY ESTATAL DE EE. UU. PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS DE SALUD PARA AMGEN BY YOUR SIDE

Lea y responda en la sección de 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, el cual 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 el paciente, apoyo para el manejo de enfermedades), y para gestionar 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 para poder participar en el programa Amgen By Your Side se requiere de mi consentimiento para el procesamiento. También entiendo que Amgen no venderá mis datos de salud a terceros, pero Amgen puede divulgar mis datos de salud a los procesadores de datos, contratistas y socios comerciales de Amgen para los fines comerciales de Amgen relacionados con el programa Amgen By Your Side. Entiendo que Amgen puede usar mis datos de salud para comunicarse conmigo por correo, 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](http://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 el procesamiento de mis datos de salud para los fines anteriormente mencionados en cualquier momento utilizando uno de los métodos enumerados en la sección Divulgaciones adicionales que se encuentra 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 y sin costo para mí. El consentimiento anterior no afecta de ninguna manera mi derecho a obtener cualquier medicamento y no tengo que dar mi consentimiento para poder recibir cualquier medicamento. Para obtener una copia del consentimiento anterior o para retirar mi consentimiento para la recopilación, el procesamiento y/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](http://www.amgen.com/DataSubjectRights) o llamar al 1-844-469-4297. Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad de Amgen, puede consultar la Declaración de privacidad de Amgen en <http://www.amgen.com/privacy>