

1. Información del paciente

Adjunte una copia de su ficha/sus datos demográficos O BIEN complete a continuación

Nombre Masculino Femenino N.º de Seguro Social Fecha de nacimiento

Marque el número de teléfono preferido Trabajo Casa Celular

Correo electrónico Idioma preferido

Dirección Ciudad/estado/código postal

Nombre del cuidador (nombre, apellido) Relación con el paciente N.º de teléfono ¿Se puede dejar mensaje?

2. Información del seguro del paciente

Adjunte todas las tarjetas de recetas y del seguro O BIEN complete a continuación

Tarjeta del seguro médico

Nombre del plan

N.º de teléfono del plan

Nombre del asegurado

N.º de identificación del miembro

N.º de grupo

Tarjeta del fármaco recetado

Nombre del PBM/plan

N.º de teléfono del plan

N.º de identificación del miembro

N.º BIN

N.º PCN N.º de grupo

3. Información de la persona que extiende la receta

Especialidad del proveedor: Alergia Inmunología Dermatología Atención primaria Sala de emergencias Otra

Nombre del proveedor N.º NPI N.º TIN

N.º de identificación del proveedor de Medicaid N.º de licencia estatal N.º PTAN

Nombre del centro

Dirección Ciudad/estado/código postal

N.º de teléfono N.º de fax

Nombre de contacto Función N.º de teléfono

4. Pedidos de enfermería a la farmacia especializada

Capacitación sobre autoadministración

Prescribo la visita de un enfermero matriculado para brindar capacitación sobre la autoadministración de RUCONEST, incluida la dosificación y el ajuste de la dosis, según la orden del médico que extendió la receta

- | | |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> Mantenimiento del acceso intravenoso (i.v.): enjuague con solución salina normal (NS) i.v. (2 a 3 ml) (si está indicado) u opcional</p> <p><input type="checkbox"/> NS previa/posterior a la infusión</p> | <p><input type="checkbox"/> Vía central/puerto <input type="checkbox"/> PowerPort</p> <p><input type="checkbox"/> Vía PICC <input type="checkbox"/> Otro</p> <p><input type="checkbox"/> Enjuague con 5 ml a 10 ml de NS Enjuague posterior a la infusión con heparina (100 unidades por ml) 3 ml a 5 ml (si está indicado) u opcional</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p> |
|---|---|

Frecuencia de las visitas (según la orden del medicamento y de dosificación) y capacidad de administración del paciente/cuidador

Mi paciente tiene una receta de epinefrina

Servicios de infusión provistos por enfermeros

Prescribo la visita de un enfermero matriculado para proporcionar servicios de infusión a pedido, incluida la dosificación y el ajuste de la dosis, según la orden del médico que extendió la receta

- Lugar de visita del enfermero matriculado
- Hogar
- Consultorio del médico
- Otro

Firme aquí

PERSONA QUE EXTIENDE LA RECETA Fecha

5. Receta

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

 ICD-10-CM D84.1 (AEH) Otro**Receta: Inyección de RUCONEST 2100 UI/vial**

Peso del paciente kg (1 kg = 2.2 lb) lbs Fecha del peso

Dosis: (50 UI/kg, máx. 4200 UI por dosis) (UI) Reabastecimientos**Cada envío incluye:** 4 dosis (8 viales) 8 dosis (16 viales) dosis (..... viales)**Instrucciones:** Administre UI (máx. 4200 UI) en forma de inyección i.v. lenta durante 5 minutos cuando sea necesario. No más de 2 dosis en un período de 24 horas**Instrucciones especiales**Es alérgico al fármaco/no es alérgico al fármaco No tiene alergias conocidas Medicamentos concomitantes

Firme aquí

 Entregue según lo indicado PERSONA QUE EXTIENDE LA RECETA En letra de molde Fecha **Se permite la sustitución PERSONA QUE EXTIENDE LA RECETA** En letra de molde Fecha

Designo a Pharming Healthcare, Inc., RUCONEST SOLUTIONS, sus afiliadas y representantes para transferir, en mi nombre, la receta que aquí se describe a la farmacia encargada de la entrega. Comprendo que no puedo delegar la autoridad de firma.

Entregue los suministros para la infusión con cada receta**Entregue: Un (1) vial de agua estéril para inyección, 14 ml por vial de 2100 UI de RUCONEST****Suministros de acceso i.v. periférico** Cantidad: cantidad necesaria, NS de cloruro de sodio al 0.9 % (jeringuilla de 10 ml) o**Puerto de acceso i.v.** Vía central/puerto Vía PICC PowerPort Otro Cantidad: cantidad necesaria, solución fisiológica de cloruro de sodio al 0.9 % (jeringuilla de 10 ml) Cantidad: cantidad necesaria, enjuague de heparina
 10 U, jeringuilla de 5/10 ml 100 U, jeringuilla de 5/10 ml Cantidad: cantidad necesaria, agujas Huber Aguja de seguridad de 22 G x 1.0" 1.5"

6. Receta opcional para el programa Bridge to Therapy (Un puente a la terapia) de RUCONEST

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

 ICD-10-CM D84.1 (AEH) Otro**Receta: Inyección de RUCONEST 2100 UI/vial**

Peso del paciente kg (1 kg = 2.2 lb) lbs Fecha del peso

Dosis: (50 UI/kg, máx. 4200 UI por dosis) (UI)

 2 dosis (4 viales) dosis (..... viales) Reabastecimientos**Instrucciones:** Administre UI (máx. 4200 UI) en forma de inyección i.v. lenta durante 5 minutos cuando sea necesario. No más de 2 dosis en un período de 24 horas**Instrucciones especiales**Es alérgico al fármaco/no es alérgico al fármaco No tiene alergias conocidas Medicamentos concomitantes

Firme aquí

 Entregue según lo indicado PERSONA QUE EXTIENDE LA RECETA En letra de molde Fecha **Se permite la sustitución PERSONA QUE EXTIENDE LA RECETA** En letra de molde Fecha

Designo a Pharming Healthcare, Inc., RUCONEST SOLUTIONS, sus afiliadas y representantes para transferir, en mi nombre, la receta que aquí se describe a la farmacia encargada de la entrega. Comprendo que no puedo delegar la autoridad de firma.

Entregue los suministros para la infusión con cada receta**Entregue: Un (1) vial de agua estéril para inyección, 14 ml por vial de 2100 UI de RUCONEST****Suministros de acceso i.v. periférico** Cantidad: cantidad necesaria, NS de cloruro de sodio al 0.9 % (jeringuilla de 10 ml) o**Puerto de acceso i.v.** Vía central/puerto Vía PICC PowerPort Otro Cantidad: cantidad necesaria, solución fisiológica de cloruro de sodio al 0.9 % (jeringuilla de 10 ml) Cantidad: cantidad necesaria, enjuague de heparina
 10 U, jeringuilla de 5/10 ml 100 U, jeringuilla de 5/10 ml Cantidad: cantidad necesaria, agujas Huber Aguja de seguridad de 22 G x 1.0" 1.5"

La persona que emite las recetas debe cumplir con los requisitos de recetas específicos de su estado, como recetas electrónicas, formularios de recetas específicos de cada estado, idioma del fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos de cada estado podría tener como resultado tener que contactarse con la persona que emite las recetas.

Certifico que la terapia con RUCONEST es médicamente necesaria para este paciente. He revisado la Información de prescripción actual de RUCONEST. Descargo de responsabilidad: Mediante mi firma, certifico que soy un médico o un proveedor de atención médica autorizado para firmar en nombre de un médico y que autorizo a RUCONEST SOLUTIONS y a sus agentes (la "Línea de ayuda") a usar cualquier información provista en este formulario con el fin de verificar la cobertura y los beneficios de RUCONEST, o de referir al paciente al Programa de Asistencia para Pacientes de RUCONEST en caso de que el paciente no tenga seguro. Certifico que tengo archivada una copia firmada de la autorización de este paciente (en un formulario que cumple con todas las leyes estatales y federales pertinentes) que me permite y les permite a las compañías de seguro médico del paciente usar y divulgar la información médica del paciente, incluidos información y récords médicos o de cobertura del seguro a la Línea de ayuda, al Programa de Asistencia para Pacientes de RUCONEST y a sus respectivos agentes (en conjunto denominados, la "Línea de ayuda"), y que le permite a la Línea de ayuda usar esa información para lo siguiente: (1) verificar, investigar, asistir y coordinar la cobertura de RUCONEST que posee el paciente con las compañías de seguro médico; (2) inscribir al paciente y establecer comunicación para informarle sobre el Programa de Asistencia para Pacientes, programas de apoyo financiero y otros programas de apoyo para pacientes; (3) facilitar y coordinar el abastecimiento de recetas y los servicios de enfermería con una farmacia especializada contratada; y (4) brindar asistencia con análisis relacionados con la calidad, eficacia y seguridad de RUCONEST. Comprendo y acepto que sigo siendo responsable de cumplir las leyes federales y estatales pertinentes relacionadas con la privacidad del paciente. El formulario de autorización firmado por el paciente, que tengo archivado, le informa al paciente: (a) que la información divulgada puede incluir el estado de salud del paciente; (b) que la información del paciente puede estar sujeta a redivulgación por parte de los receptores y ya no estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales; (c) que el tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad de un paciente para recibir beneficios no están condicionados por el hecho de que el paciente conceda la autorización; (d) que el paciente tiene derecho a revocar la autorización en cualquier momento llamando a la Línea de ayuda al 1-855-613-4423; (e) que dicha revocación pondría fin a la elegibilidad del paciente para participar en el programa; y (f) que si el paciente revoca la autorización, no afectará divulgaciones previas hechas de conformidad con la autorización del paciente. Se conservará la firma del paciente y estará disponible para someter a auditoría, tal como lo exigen todas las leyes de privacidad estatales y federales pertinentes. A mi leal saber y entender, toda la información que contiene este formulario es correcta, está completa y cumple con las leyes y reglamentaciones de privacidad pertinentes. Comprendo que la Línea de ayuda se basa en esta representación.

Firme aquí

PERSONA QUE EXTIENDE LA RECETA Fecha**Consulte la Información de prescripción completa que se adjunta.**RUCONEST es una marca comercial registrada de Pharming Intellectual Property, B.V.
© 2017 Pharming Healthcare, Inc. RUC.US.2017.0023 Impreso en EE. UU.

RUCONEST SOLUTIONS: 1-855-613-4423

1. Estoy participando en el Programa RUCONEST SOLUTIONS ("Programa") dirigido por Pharming Healthcare Inc. que me brinda determinados servicios de apoyo clínico y de enfermería relacionados con el uso de RUCONEST biológico, fabricado por Pharming Healthcare Inc., para el tratamiento de mi afección de AEH. El programa es administrado por Lash Group. Esta autorización les permitirá a Pharming Healthcare Inc., a Lash Group, a la farmacia, a los proveedores de atención médica y al plan de salud usar y divulgar cierta información médica sobre mí para facilitar mi tratamiento con RUCONEST y mejorar el Programa para el beneficio de futuros pacientes con AEH. Mediante la presente, autorizo el uso o la divulgación de mi información médica protegida (protected health information, PHI) que se define a continuación para los fines que se describen en la Sección 5 más adelante. Comprendo que esta autorización es voluntaria. Comprendo que si la organización autorizada para recibir y usar mi PHI no es un plan de salud ni un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las reglamentaciones de privacidad federales, y existe la posibilidad de que mi PHI esté sujeta a redivulgación por parte de los receptores.
2. Personas/organizaciones que pueden divulgar mi PHI:
 - Pharming Healthcare Inc. y sus representantes autorizados ("Pharming")
 - Lash Group
 - La(s) farmacia(s) que proporciona(n) el RUCONEST
 - El/los proveedor(es) de atención médica, incluidos médicos y capacitadores enfermeros de atención domiciliaria
 - El/los plan(es) de salud que brinda(n) cobertura de recetas y atención médica
3. Personas/organizaciones que pueden recibir y usar mi PHI:
 - Pharming Healthcare Inc. y sus representantes autorizados
 - Lash Group
 - La(s) farmacia(s) que proporciona(n) el RUCONEST
 - El/los proveedor(es) de atención médica, incluidos médicos y capacitadores enfermeros de atención domiciliaria
 - El/los plan(es) de salud que brinda(n) cobertura de recetas y atención médica
4. Mi PHI está compuesta por la siguiente información acerca de mí que puede ser usada o divulgada:
 - Información que brindé en el Formulario de inscripción de RUCONEST
 - Mis récords de atención médica relacionados con mi tratamiento y afección de AEH
 - Información de mi seguro médico relacionada con la cobertura, el copago, los deducibles y las opciones de beneficios
 - Información de recetas, como estado, abastecimiento y/o envío de medicamentos
 - Los récords del hospital de toda hospitalización e información relacionada con la transición de mi atención
5. Mi PHI se puede usar y divulgar para los siguientes fines:
 - Administrar el Programa
 - Recopilar y presentar informes de datos internos
 - Hacer un seguimiento de puntos tales como cobertura del plan de salud/recetas, costo para el paciente, envíos de RUCONEST, tendencias de cobertura del plan de salud, uso de los ofrecimientos del Programa
 - Brindar servicios de enfermería para mejorar la calidad del Programa
 - Evaluar las necesidades actuales y futuras de los pacientes a los que se les receta RUCONEST
 - Analizar la calidad, eficacia y seguridad de RUCONEST
6. Comprendo que las farmacias especializadas que entregan mis medicamentos pueden cobrar por compartir mi PHI con el Programa y con Pharming de modo que los receptores puedan usarla para los fines especificados en esta autorización.
7. Mi autorización permanecerá vigente durante dos (2) años desde la fecha de mi firma, a menos que la revoque antes de esa fecha. Comprendo que el Programa puede pedirme que proporcione una autorización escrita una vez al año para permitir el acceso continuo a mi PHI. Comprendo que después de firmar esta autorización, puedo revocarla en cualquier momento enviando una notificación por escrito al Programa RUCONEST SOLUTIONS a PO Box 221974, Charlotte, NC 28222-1974. La revocación entra en vigencia una vez que haya sido recibida por el Programa RUCONEST SOLUTIONS, mis proveedores de atención médica y mi plan de salud; no obstante, la revocación no afectará ninguna PHI que ya haya sido divulgada de conformidad con esta autorización.
8. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que eso no afectará el comienzo, la continuación ni la calidad del tratamiento suministrado por mi proveedor de atención médica, el pago de mi tratamiento, mi elegibilidad ni inscripción en la cobertura médica.

Sin embargo, comprendo que si decido no firmar esta autorización o si la revoco después de firmar este formulario, el Programa no podrá brindarme los servicios descritos anteriormente, después de la fecha de revocación.
9. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de firmar a continuación.

Firma del paciente o del representante del paciente (si lo firma alguien distinto del paciente)**Fecha**

Nombre del paciente o del representante del paciente, en letra de molde**Relación con el paciente**