

Programa de Cuidado Humanitario

FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL PACIENTE

Teléfono: (855) 541-5926

Fax: (919) 415-2870

INFORMACION DEL PACIENTE				Por favor recuerde que su elegibilidad en este programa requiere que usted notifique oportunamente al Programa de Cuidado Humanitario llamando al (855) 541-5926 si es que usted llegase a ser asegurado por cualquier plan privado o plan auspiciado por el gobierno.			
PRIMER NOMBRE			APELLIDO			MI	
FECHA DE NACIMIENTO		GENERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Al proveer su dirección de e-mail, acepta recibir mensajes electrónicos adicionales sobre el Programa de Cuidado Humanitario E-MAIL			
TELEFONO DEL DOMICILIO			TELEFONO CELULAR				
DIRECCION DE CORREO			CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL	
PREFERENCIA DE CONTACTO	Teléfono del Domicilio <input type="checkbox"/>	Teléfono Celular <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> E-mail	PAIS			
Si usted no está disponible al momento de nuestra llamada. ¿Podemos dejarle un mensaje que incluya el nombre del Programa de Cuidado Humanitario?							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

TRATAMIENTO	
¿Actualmente está usted bajo tratamiento de fertilidad con un especialista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha recibido usted productos a través del Programa de Cuidado Humanitario en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Me han prescrito lo siguiente:	
<input type="checkbox"/> Cualquier Producto Gonal-f® (follitropin alpha inyectable) <input type="checkbox"/> Cetrotide (cetorelix acetate inyectable) <input type="checkbox"/> Ovidrel (choriogonadotropin alfa inyectable)	

Envíe vía Fax o E-mail su Formulario de Verificación de Ingresos al Programa de Cuidado Humanitario: Fax: (919) 415-2870 Mail: Compassionate Care Program • 6501 Weston Parkway, Suite 370 • Cary, NC 27513		
Necesitaremos conocer el Ingreso Bruto Anual de su hogar completo. Los siguientes son documentos aceptables para validar la información proporcionada sobre sus ingresos:		
- Formulario 1040	- Formulario 1040 Declaración Individual de Esposos (MFS) Adjuntar formas de ambos	- Formulario 1099
- Formulario 1040 - Forma A	- Formulario 1040 - Forma A (MFS)	- Notificación de Pension Jubilar
- Formulario 1040 - Forma EZ	- Formulario W2/1099 Forma R	- Notificación de Seguro Social
¿Cuántas personas viven en su casa?		

Firma del Paciente y Autorización Fax: (919) 415-2870 Mail: Compassionate Care Program • 6501 Weston Parkway, Suite 370 • Cary, NC 27513		
Mi firma a continuación certifica que he completado todas las secciones arriba indicadas, de manera precisa y de acuerdo con mi conocimiento; y que leído, comprendido y aceptado los términos de este formulario de inscripción y la autorización adjunta para usar y revelar información personal y de salud.		
FIRMA DEL PACIENTE _____	FECHA _____	NOMBRE DEL PACIENTE _____

Información de Contacto del Centro ART: Si es aplicable, por favor indíquenos el nombre de la persona que administra el Programa de Cuidado Humanitario de su Centro ART.	
CENTRO ART E-MAIL:	
E-MAIL DE PACIENTE:	
E-MAIL DE CONTACTO EN LA FARMACIA: info@SMPFertility.com	
Para asistencia o información adicional, llame al (855) 541-5926 de Lunes a Viernes, 8:00 AM - 8:00 PM EST	



La Farmacia de Fertilidad SMP es la farmacia preferida por el Programa de Cuidado Humanitario

Ph.1.855.255.5005

www.SMPFertility.com

Autorización para usar y revelar información personal y de salud

Nombre del Paciente: _____

Dirección: _____

Teléfono del Domicilio: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Yo autorizo a mi médico y a su personal de apoyo a revelar mi información personal e información concerniente a mi salud, incluyendo, pero no limitando a la información que consta en este formulario; a EDM Serono Inc., y a sus agentes y representantes, incluyendo a cualquier empresa que brinde servicios de administración al Programa de Cuidado Humanitario de EDM Serono (denominado “EDM Serono”). Por lo anterior, EDM Serono puede usar y revelar mi información a proveedores de servicios de salud, farmacias, compañías de seguro, planes de prescripción de medicinas y terceros pagadores con los siguientes objetivos:

- (1) Contactarme por correo, por correo electrónico o por teléfono para inscribirme en el Programa de Cuidado Humanitario de EDM Serono y en sus servicios de administración;
- (2) Proveerme de información relacionados con el Programa de Cuidado Humanitario de EDM Serono;
- (3) Verificar la exactitud de la información que he proporcionado en mi aplicación del Programa de Cuidado Humanitario de EDM Serono;
- (4) Incluirme en encuestas para medir mi satisfacción con el Programa de Cuidado Humanitario de EDM Serono;
- (5) Para otros propósitos que pueden ser requeridos o permitidos por la ley aplicable.

Adicionalmente, autorizo a Terceros a revelar mi información personal e información concerniente a mi salud, que se encuentre en su poder, a EDM Serono con el objetivo de ayudar a EDM Serono a cumplir los propósitos antes mencionados.

Yo entiendo que una vez que mi información ha sido revelada de conformidad con esta autorización, no hay garantía de que no será revelada a Terceros. Sin embargo, entiendo que EDM Serono no revelará mi información a otras partes, salvo a los proporcionados en esta autorización o a las partes permitidas por la ley aplicable, sin obtener primero mi consentimiento por escrito (o el de mi representante legal).

EL PACIENTE DEBERA FIRMAR EN EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO Y ENVIAR LAS DOS PAGINAS POR CORREO O POR FAX

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y no afectará mi elegibilidad para recibir los productos de EDM Serono, pero limitará mi elegibilidad para participar en el Programa de Cuidado Humanitario de EDM Serono.

Entiendo que esta autorización se mantendrá activa por los siguientes diez (10) años a partir de la fecha de suscripción, a menos que la revoque antes de este plazo, contactando por escrito a EDM Serono o a sus representantes por correo o por fax a la siguiente dirección: 6501 Weston Parkway, Suite 370, Cary, NC 27513. Fax (919) 415-2870.

Si revoco mi autorización, EDM Serono dejará de usar y revelar la información que hubiere dependido de dicha autorización.

Entiendo que los servicios prestados por EDM Serono que han sido descritos en esta autorización, pueden ser cambiado en cualquier momento, sin notificación previa.

Adicionalmente, entiendo que tengo el derecho de solicitar y mantener una copia de esta autorización.

Nombre del Paciente (en imprenta): _____

Firma del Paciente (o representante): _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Relación del representante con el paciente (si aplica): _____

Firma del Paciente (o representante): _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Relación del representante con el paciente (si aplica): _____

EL PACIENTE DEBERA FIRMAR EN EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO Y ENVIAR LAS DOS PAGINAS POR CORREO O POR FAX