

Complete este formulario y envíelo por fax al 844-322-9402. Todos los campos son obligatorios, a menos que estén marcados como opcionales. Consulte la sección Consentimientos y certificaciones en la página 3 para obtener más detalles.

Para obtener asistencia, los médicos que emiten recetas pueden llamar al 844-4withMe (844-494-8463), de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 8:00 P. M., hora del Este. Para acceder a ciertos apoyos al paciente bajo TREMFYA withMe (el "Programa" o "J&J withMe") es necesario completar un Formulario de autorización del paciente, que se encuentra en la página 2 de este documento. Pídale a su paciente o a su representante legalmente autorizado que firme el Formulario de autorización del paciente y envíelo junto con este Formulario de inscripción del paciente completado.

▼ PARA SER COMPLETADO POR EL PACIENTE Y EL PROVEEDOR ▼

1. Información de contacto del paciente

NOMBRE _____ APELLIDO _____ FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____
DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ SEXO ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO
TELÉFONO (se requiere uno): PARTICULAR _____ MÓVIL _____ CORREO ELECTRÓNICO (opcional) _____

2. Consentimientos del paciente

CONSENTIMIENTO PARA PROCESAR MI INFORMACIÓN PERSONAL SENSIBLE: Al enviar este Formulario de inscripción de pacientes TREMFYA withMe, doy mi consentimiento para la recopilación, el uso y la divulgación de mi información personal confidencial, incluidos los datos de salud, para los fines descritos en este formulario y tal y como se describe en la [Política de privacidad](#) de Johnson & Johnson. Se requiere mi consentimiento para procesar información personal confidencial en virtud de determinadas leyes de privacidad, y tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento visitando el "Formulario de solicitud de privacidad", accesible a través de la Política de privacidad.

☐ **CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO (OPCIONAL):** Acepto recibir mensajes automáticos y recurrentes de Johnson & Johnson al número de celular proporcionado anteriormente. Pueden aplicarse tarifas de datos y por mensajes. La frecuencia de los mensajes varía. Entiendo que no estoy obligado a dar mi consentimiento como condición para participar en TREMFYA withMe, adquirir cualquier producto o servicio, o recibir cualquier otra comunicación que haya seleccionado. Puedo responder HELP para obtener ayuda. Puedo responder STOP para darme de baja en cualquier momento.

☐ **CONSENTIMIENTO DE MARKETING (OPCIONAL):** Acepto recibir comunicaciones por correo postal, correo electrónico y teléfono de Johnson & Johnson en relación con sus productos, programas, servicios, investigaciones científicas y otras oportunidades de investigación, así como publicidad dirigida en línea, tal y como se describe con más detalle en la [Política de privacidad](#) de Johnson & Johnson.

Consulte la sección Consentimientos y certificaciones del paciente en la página 3 para obtener más detalles.

3. Información del seguro

Proporcione una copia del anverso y el reverso de las tarjetas del seguro. (Si proporciona copia de las tarjetas del seguro, pase a la sección 4. Información clínica). ☐ El paciente no tiene seguro y ha verificado los requisitos de elegibilidad o ha solicitado todas las opciones disponibles para el seguro gratuito o de costo mínimo u otra clase de asistencia. Si el paciente se ha inscrito previamente en un programa de asistencia al paciente, proporcione el número de identificación de paciente: _____

Seguro médico _____ N.º DE PÓLIZA _____ N.º DEL GRUPO _____

Seguro de la farmacia _____ N.º DE PCN _____ N.º DE RECETA DEL GRUPO _____

N.º DE PÓLIZA _____ N.º DE TARJETA/BIN _____

▼ PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR ▼

4. Información clínica

TREMFYA®: DIAGNÓSTICO SELECCIONE UNO: ☐ L40.0 Psoriasis ☐ L40.50 Artritis psoriásica activa ☐ Otro código ICD-10 _____

PESO DEL PACIENTE (Obligatorio para pacientes menores de 18 años) _____ kg

MEDICAMENTOS ANTERIORES (opcional) _____

5. Información del médico recetador

NOMBRE DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA (nombre, apellido) _____

CONTACTO DEL CONSULTORIO (opcional) _____ PTAN (pacientes de Medicare únicamente) _____

NOMBRE DEL CONSULTORIO _____ N.º DE NPI _____ N.º DE ID. FISCAL (opcional) _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ TELÉFONO _____ FAX _____

6. Información de prescripción (obligatoria para completar la investigación de beneficios)

INSTRUCCIONES DE USO

☐ TREMFYA® One-Press 100 mg/ml (NDC: 57894-640-11) ☐ TREMFYA® Jeringa precargada 100 mg/ml (NDC: 57894-640-01) ☐ TREMFYA® JERINGA 100 mg/ml (NDC: 57894-640-06)

DOSIS INICIALES (para adultos y pacientes pediátricos de 6 años o más que también pesen al menos 40 kg con psoriasis en placas de moderada a grave o artritis psoriásica activa):

Injectar 100 mg/ml s.c. en la ☐ Semana 0 y ☐ Semana 4

TERAPIA DE MANTENIMIENTO (para adultos y pacientes pediátricos de 6 años o más que también pesen al menos 40 kg con psoriasis en placas de moderada a grave o artritis psoriásica activa):

☐ Injectar 100 mg/ml s.c. cada 8 semanas N.º de reposiciones _____

FIRMA DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA (NO SE PERMITEN SELLOS) REQUERIDA PARA VALIDAR LA RECETA: Certifico que la terapia con TREMFYA® es necesaria desde el punto de vista médico para este paciente. Por consiguiente, supervisaré el tratamiento del paciente y he revisado la información de prescripción actual de TREMFYA®. Al firmar a continuación, autorizo a la Farmacia, sus filiales, agentes y contratistas a actuar en mi nombre con el propósito limitado de transmitir esta receta, por cualquier medio permitido por la ley aplicable, a la farmacia apropiada.

Receta del Programa de apoyo de TREMFYA®

Al presentar esta receta, comprendo que el Programa verificará la elegibilidad del paciente y puede inscribirlo en ciertos programas de apoyo en función de los resultados de la investigación de beneficios con el consentimiento del paciente. Si el paciente es elegible para acceder a los programas de apoyo, certifico que acepto los requisitos del programa y tomaré las medidas necesarias descritas en los requisitos para el paciente. Consulte las descripciones de los programas, los enlaces a los programas y las Certificaciones para el médico que emite la receta en la página 3.

FIRMA DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA (Entregar según lo escrito) _____ FECHA _____

Receta de farmacia comercial (opcional): Si se firma, la receta se enviará a la farmacia especializada designada por el seguro. NO firme si no se solicita la clasificación.

Información sobre la farmacia preferida por el paciente o el proveedor
(Rellene este apartado si no es obligatorio acudir a la farmacia indicada por el seguro) _____

FIRMA DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA (Entregar según lo escrito) _____ FECHA _____

Consulte la [Información de prescripción completa](#) y la [Guía de medicamento](#) de TREMFYA®.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE (“AUTORIZACIÓN”)

Al firmar a continuación, doy permiso para que cada uno de mis “Proveedores de atención médica” (p. ej., mis médicos, farmacéuticos, farmacias especializadas, otros proveedores de atención médica y su personal) y “Aseguradoras” (p. ej., mis planes de seguro de salud) compartan mi Información médica protegida (PHI), tal como se describe en los programas de apoyo de J&J. Mi PHI incluye toda la información relacionada con mi afección médica, tratamiento, recetas, cobertura de seguro médico y otra información contenida en el Formulario de inscripción para pacientes.

Acepto que las siguientes entidades puedan recibir, utilizar y compartir mi Información médica protegida (PHI):

- Johnson & Johnson Health Care Systems Inc., sus empresas afiliadas, incluyendo Patient Service Center LLC, agentes y representantes (en conjunto, “J&J”); y
- Proveedores de otras fuentes de financiamiento (incluidas fundaciones y proveedores de asistencia para copagos), proveedores de servicios para los programas de apoyo de J&J (incluidos subcontratistas o proveedores de atención médica que ayudan a J&J a ejecutar el programa) y proveedores de servicios que mantienen, transmiten, desidentifican, agregan o analizan datos de los programas de apoyo de J&J (en conjunto, “Proveedores de servicios”);
- Farmacias involucradas en mi atención médica; y Aseguradoras

Además, autorizo a J&J, a los Proveedores de servicios, a mis Proveedores de atención médica y a mis Aseguradoras a recibir, utilizar y compartir mi Información médica protegida con el fin de:

- determinar si califico, inscribirme, comunicarme conmigo y brindarme servicios relacionados con los programas de apoyo al paciente de J&J, incluidos los servicios a domicilio
- comunicarme con mis Proveedores de atención médica sobre el acceso, el reembolso y el suministro de mi medicamento de J&J, y para informar a mi Proveedor de atención médica que estoy participando en un programa de apoyo de J&J
- verificar, ayudar y coordinar mi cobertura de mi medicamento de J&J con mis Aseguradoras y Proveedores de atención médica
- coordinar la receta o la ubicación del tratamiento y la programación asociada
- realizar análisis para ayudar a J&J a evaluar, crear y mejorar sus productos, servicios y atención al cliente para los pacientes a los que se han recetado medicamentos de J&J

- compartir y dar acceso a la información creada por los programas de apoyo al paciente de J&J que puedan ser útiles para mi atención médica
- comunicarme conmigo por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico en relación con los programas de apoyo de J&J u otros medicamentos, productos o servicios de J&J para los fines establecidos en el Formulario de inscripción del paciente

Entiendo que J&J y los Proveedores de servicio harán todo lo razonablemente posible para mantener la privacidad de mi información, pero una vez que mi Información médica protegida se divulgue según lo permitido en esta Autorización, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad. Entiendo que no estoy obligado a firmar esta Autorización. Mi decisión de firmar no cambiará el trato que recibo de mis Proveedores de atención médica o Aseguradoras. Si no firmo esta Autorización, o si cancelo o retiro mi permiso más tarde, entiendo que no podré participar ni recibir asistencia de ciertos programas de apoyo de J&J. Entiendo que J&J podrá pagarles a los proveedores de servicios y a las farmacias que dispensan y envían mis medicamentos para los programas de apoyo de J&J por sus servicios y datos. Esto puede incluir el pago por compartir PHI y otros datos relacionados con este programa, según lo permitido en esta Autorización.

Comprendo que podré solicitar una copia de esta Autorización. Esta Autorización será válida por 10 años a partir de la fecha de la firma, excepto cuando la legislación estatal requiera un tiempo más corto o hasta que deje de participar en cualquier programa de apoyo de J&J. La información recopilada antes de esa fecha podrá seguir utilizándose para los fines establecidos en esta Autorización. Entiendo que puedo cancelar los permisos que otorga esta Autorización en cualquier momento comunicándoselo a J&J por escrito a: Johnson & Johnson, PO Box 15510, Pittsburgh, PA 15244. También puedo cancelar mi permiso informando por escrito a mis Proveedores de atención médica y Aseguradoras que no quiero que compartan ninguna información con J&J. Además, entiendo que si cancelo mi permiso, esto no afectará la forma en que J&J utiliza y comparte mi Información médica protegida recibida por J&J antes de que yo cancelara.

Mi firma a continuación certifica que he leído, entendido y aceptado la divulgación de mi Información médica protegida de conformidad con esta Autorización.

REQUISITO: FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE*:

_____ Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del representante legalmente autorizado en letra de imprenta (si corresponde): _____

Relación con el paciente (si corresponde): _____

*Solo pueden firmar las personas con autoridad legal para tomar decisiones médicas en nombre del paciente.

Consentimientos y certificaciones del paciente

Inscríbese en TREMFYA withMe. Me inscribo en TREMFYA withMe y autorizo a Johnson & Johnson Health Care Systems Inc., sus empresas afiliadas, incluido Patient Service Center LLC, y sus proveedores, agentes y representantes (en conjunto, "Johnson & Johnson") a prestarme asistencia en el marco del Programa. Dicha asistencia puede incluir:

- (i) **Apoyo para el acceso y la asequibilidad:** El Programa le ayudará a comprender su cobertura de seguro, las opciones de apoyo para los costos y las ofertas de apoyo, como el Programa de Ahorros TREMFYA withMe. Para obtener más información, visite [TREMFYAwithMeSavings.com](https://www.tremfya.com/withme/savings).
- (ii) **Promoción de un Guía del personal de enfermería de TREMFYA withMe:** El Programa ofrece a los pacientes elegibles mayores de 18 años y a los cuidadores de pacientes pediátricos elegibles una Guía del personal de enfermería especializada que les brinda apoyo sin costo alguno, incluyendo asistencia para las inyecciones. Los Guías del personal de enfermería no brindan asesoramiento médico. Haga a su médico cualquier pregunta que pueda tener sobre su enfermedad y tratamiento.
- (iii) **Apoyo ante demora y rechazo de TREMFYA withMe:** El Programa ofrece a los pacientes elegibles TREMFYA® (guselkumab) subcutáneo sin costo hasta que su seguro comercial cubra el medicamento. Para obtener más información, visite [TREMFYAwithMeDelay.com/Patient](https://www.tremfya.com/withme/delay).

Verificación de elegibilidad. Si procede, autorizo a Johnson & Johnson a verificar mi elegibilidad para el Programa, y entiendo que dicha verificación puede incluir ponerse en contacto conmigo o con mi proveedor de servicios médicos para obtener información adicional y/o revisar información adicional sobre seguros, información médica y/o información financiera. Entiendo que la elegibilidad para participar en las ofertas de apoyo se verificará periódicamente.

Condiciones de participación. Si recibo medicamentos sin costo alguno a través del Programa de apoyo ante demora y rechazo de TREMFYA withMe o participo en el Programa de Ahorros TREMFYA withMe, certifico que no presentaré ningún costo pagado por el Programa como reclamación de pago a ningún plan de salud, fundación, cuenta de gastos flexibles o cuenta de ahorros para gastos médicos. Acepto notificar al Programa si mi seguro cambia. Además, entiendo que el Programa puede modificarse o suspenderse sin previo aviso.

Uso de la información personal. Entiendo que mis datos personales de salud o los del paciente (si se trata de un paciente pediátrico), información de contacto y otra información de identificación compartida por mí, mi proveedor de servicios de salud o el del paciente u otras personas con Johnson & Johnson se recopilan para administrar el Programa, tal y como se explica en la [Política de privacidad](#) de Johnson & Johnson y, si procede, su farmacia afiliada sin fines de lucro, Access Therapy Center ("Farmacia"), de conformidad con su [Aviso de prácticas de privacidad](#).

Entiendo que se necesita mi consentimiento para procesar datos personales sensibles en virtud de determinadas leyes de privacidad, y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento rellenando el Formulario de solicitud de privacidad que se encuentra en la Política de privacidad.

Dependiendo de dónde viva, puedo tener derechos en relación con la privacidad de mi información, incluyendo el derecho a solicitar el acceso o la eliminación de mi información personal o la del paciente. Los residentes de California tienen derechos específicos de privacidad que se detallan en el aviso de privacidad de Johnson & Johnson para California.

Entiendo que Johnson & Johnson podría no estar obligada a satisfacer mis solicitudes en determinadas situaciones. Para ejercer estos derechos, puedo comunicarme con Johnson & Johnson al 1-800-526-7736 o completar el Formulario de solicitud de privacidad que se encuentra en la Política de privacidad.

Comunicaciones. Autorizo a Johnson & Johnson a comunicarse conmigo por correo postal, correo electrónico, teléfono (incluido el celular) y, si indico mi acuerdo y consentimiento en la sección 2 de la página 1, por mensaje de texto (automatizado y recurrente) a la dirección, dirección de correo electrónico, número de teléfono y número(s) de teléfono celular proporcionados en la sección 1 de la página 1. Acepto notificar a Johnson & Johnson de inmediato si alguno de mis datos de contacto cambia en el futuro. Entiendo y reconozco que las comunicaciones por correo postal, correo electrónico y teléfono pueden incluir información sobre el Programa, incluidos recordatorios de reposición y notificaciones de recetas médicas y, si indico mi acuerdo y consentimiento en la Sección 2, información sobre TREMFYA®, el estado de la enfermedad y los productos, promociones, servicios, estudios de investigación, materiales educativos y de adherencia, y solicitar mi opinión sobre dicha información y temas, incluidos estudios de mercado y encuestas relacionadas con la enfermedad. Entiendo y acepto que las comunicaciones por mensaje de texto pueden incluir información sobre el Programa, incluyendo recordatorios de reposición y notificaciones de recetas médicas. Entiendo que puedo optar por no recibir comunicaciones futuras en cualquier momento notificándolo a Johnson & Johnson o siguiendo las instrucciones proporcionadas. Entiendo que si opto por recibir mensajes de texto, la frecuencia de estos mensajes puede variar. Entiendo que puedo optar por no recibir más mensajes de texto en cualquier momento respondiendo «STOP», y que puedo obtener ayuda sobre los mensajes de texto en cualquier momento respondiendo «HELP» para recibir asistencia. Pueden aplicarse tarifas de datos y por mensajes. Para consultar los términos y condiciones, [haga clic aquí](#). Entiendo y acepto que mi información personal, incluida mi información médica o la del paciente, pueda ser utilizada o divulgada como parte de las comunicaciones, incluidos los mensajes de voz. Las comunicaciones transmitidas a través de correo electrónico o mensajes de texto sin cifrar a través de una red abierta pueden ser intrínsecamente inseguras, y no hay garantía de confidencialidad para la información comunicada de esta manera. Además, los correos electrónicos y los mensajes de texto conllevan riesgos inherentes para la privacidad, especialmente cuando el acceso a las computadoras o los dispositivos móviles no está protegido con contraseña. No obstante, deseo que Johnson & Johnson se comunique conmigo por correo electrónico y/o mensaje de texto, tal y como se detalla en el presente documento. Por último, entiendo que mi consentimiento para recibir las comunicaciones no es un requisito para participar en el Programa, adquirir cualquier producto o servicio, o recibir cualquier otra comunicación seleccionada de Johnson & Johnson.

Certificaciones del médico que emite recetas

Al enviar el Formulario de inscripción del paciente, certifico que: La persona que figura en el formulario es mi paciente; la información proporcionada en él es, según mi leal saber y entender, actual, completa y precisa; TREMFYA® es medicamento necesario para este paciente; he recetado TREMFYA® al paciente; la decisión de recetar TREMFYA® se basó únicamente en mi criterio médico independiente; y estoy autorizado por la legislación estatal para recetar TREMFYA®, he revisado y firmado la receta y he cumplido legalmente con los requisitos de prescripción establecidos en las leyes y reglamentos aplicables. Supervisaré el tratamiento del paciente y he revisado la información de prescripción actual de TREMFYA®. Además, certifico que he revisado este formulario con mi paciente y que este desea someterse a una evaluación para determinar su elegibilidad para las ofertas de apoyo de TREMFYA withMe (el "Programa") y el Programa de asistencia al paciente de Johnson & Johnson, y que se inscribirá, según corresponda, en dicho apoyo si resulta elegible.

Entiendo que la información de mi paciente proporcionada a Johnson & Johnson se utilizará exclusivamente en el marco del Programa para verificar la cobertura del seguro de mi paciente; facilitar la dispensación de la receta de mi paciente; evaluar la elegibilidad de mi paciente para las ofertas del Programa y otros programas de apoyo; y administrar el Programa para el paciente. Certifico que estoy divulgando la información médica protegida (protected health information, PHI) del paciente en este formulario al Programa con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, de conformidad con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 y sus reglamentos de aplicación, en su versión modificada (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Además, certifico que he obtenido el consentimiento o la autorización por escrito del paciente, de conformidad con la legislación estatal y federal aplicable, incluida la HIPAA, para proporcionar la PHI que figura en este formulario al Programa para los fines aquí establecidos.

Autorizo al Programa a realizar una investigación de beneficios para mi paciente y a actuar en mi nombre con el único propósito de transmitir esta receta a la farmacia correspondiente en función de los resultados de dicha investigación de beneficios. Si hay cobertura disponible, el Programa está autorizado a transmitir esta receta a una farmacia comercial según los requisitos del plan de salud del paciente, a menos que el paciente exprese su preferencia por otra farmacia. Si no hay cobertura disponible y el paciente reúne los requisitos y se inscribe en el Programa de apoyo ante demora y rechazo de TREMFYA withMe o en el Programa de asistencia al paciente de Johnson & Johnson para recibir el producto sin costo alguno, el Programa está autorizado a transmitir esta receta a una farmacia que dispense el producto sin costo alguno en virtud de aquellos programas. También entiendo que no se puede presentar ninguna solicitud de reembolso por productos sin costo alguno a ningún pagador, incluidos Medicare y Medicaid, y que no se puede vender, intercambiar ni distribuir para su venta ningún producto sin costo alguno. Otorgo mi consentimiento para que Johnson & Johnson se comunique conmigo por fax, correo postal o correo electrónico para proporcionarme información adicional sobre TREMFYA® o el Programa. Entiendo que el Programa puede revisar, modificar o cancelar cualquier oferta o recurso del programa en cualquier momento sin previo aviso.

Programa de asistencia al paciente de Johnson & Johnson

La asistencia al paciente está disponible si no tiene seguro o tiene cobertura comercial, patrocinada por el empleador o gubernamental que no satisface completamente sus necesidades. Usted puede ser elegible para recibir su medicamento de J&J sin costo alguno durante un máximo de un año si cumple con los requisitos de elegibilidad e ingresos del Programa de asistencia al paciente de Johnson & Johnson.

Para obtener más información sobre los requisitos de ingresos, los términos y condiciones y cómo inscribirse en el Programa de asistencia al paciente de Johnson & Johnson, visite [PatientAssistanceInfo.com/IMM/ES](https://www.patientassistanceinfo.com/IMM/ES), o llame al 844-494-8463.

Consulte la [Información de prescripción completa](#) y la [Guía de medicamento de TREMFYA®](#).