



# Formulario de inscripción del paciente

Envíe por fax el formulario completo a 1-800-621-5203

## Información sobre pruebas genéticas

Exón 51 susceptible     Exón 53 susceptible     Exón 45 susceptible     Adjunte una copia de las pruebas genéticas

## Información para pacientes

Nombre:		Apellido:		Inicial del segundo nombre:	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Fecha de nacimiento:	N.º de Seguro Social:		Peso del paciente (lb):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Contacto principal:			Relación con el paciente:		
Teléfono principal:			Teléfono secundario:		
Mejor momento para llamar:		<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	¿Está bien dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Idioma, distinto del inglés:	
Dirección de correo electrónico:					

## Información del seguro Confirme que se adjunta una copia de las tarjetas del seguro del paciente (anverso y reverso)

Principal:	N.º de id.:	Grupo n.º:	Teléfono:
Titular de la póliza:		Relación con el paciente:	
Secundario:	N.º de id.:	Grupo n.º:	Teléfono:
Titular de la póliza:		Relación con el paciente:	

## Información del médico

Nombre:		Apellido:		Afilación:	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Contacto de la oficina:		Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:	
N.º de NPI:	N.º de licencia estatal:	N.º de identificación tributaria:		N.º de identificación de la DEA:	

## Información del centro de atención Clínica del hospital    Atención en el hogar    Desconocido

Nombre del centro:		N.º de NPI:			
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Contacto del centro:		Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:	

## Declaración del médico (se requiere la firma de un médico para que SareptAssist realice una verificación de beneficios)

Al firmar a continuación, certifico que (1) la terapia es médicamente necesaria y en el mejor interés del paciente identificado anteriormente; (2) el paciente está indicado adecuadamente para la terapia; y (3) he obtenido y proporcionado todo consentimiento requerido por las leyes federales y estatales para la divulgación y uso de la información del paciente en este formulario a Sarepta Therapeutics, Inc. ("Sarepta") y sus agentes, incluyendo sus equipos comerciales y de campo, con fines de verificación de beneficios y coordinación de la administración de la terapia.

Nombre del recetador, en letra de imprenta

Firma del médico

Fecha



# Formulario de inscripción del paciente

Envíe por fax el formulario completo a 1-800-621-5203

## Autorización de pacientes para el programa SareptAssist

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Autorizo a mis proveedores de atención médica (por ejemplo, médicos, farmacias) y a mi compañía de seguros a revelar información personal de salud sobre mí, incluida información relacionada con mi afección y tratamiento médicos, mi cobertura de seguro médico, y mi dirección, dirección de correo electrónico y número de teléfono (colectivamente, mi "PHI") a Sarepta Therapeutics, sus agentes, incluyendo sus equipos comerciales y de campo, y el Programa SareptAssist (colectivamente "Sarepta") para que Sarepta pueda usar la información con fines de: (1) verificar, investigar, ayudar y coordinar mi cobertura para la terapia con mis aseguradores de salud; (2) evaluar mi elegibilidad para recibir asistencia de copago o medicamentos gratuitos o remitirme a otros programas o fuentes de financiación y apoyo financiero; (3) coordinar la entrega de la terapia a mí o a mi proveedor de atención médica; (4) proporcionarme capacitación, información sobre los productos y servicios de Sarepta, y servicios de apoyo continuos relacionados con la terapia; (5) recopilar comentarios sobre mi terapia y/o estado de la enfermedad; (6) ponerse en contacto conmigo por correo, correo electrónico, teléfono o fax para cualquiera de los propósitos anteriores y (7) crear información que no me identifique personalmente para su uso con otros fines legítimos. Entiendo que mis proveedores de servicios de farmacia pueden recibir una remuneración para realizar dichas divulgaciones. También autorizo a Sarepta y a mis proveedores de atención médica y a mi compañía de seguros a usar mi PHI para comunicarse conmigo acerca de los productos y servicios de Sarepta y entiendo que mis proveedores de atención médica y mi compañía de seguros pueden recibir una remuneración por hacer tales comunicaciones. Entiendo que una vez revelada de conformidad con esta autorización, mi PHI puede dejar de estar protegida bajo la ley federal o estatal y podría ser divulgada por Sarepta a otros, pero también entiendo que Sarepta hará esfuerzos razonables para mantener mi PHI privada y revelarla solo para los propósitos establecidos en esta autorización.

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para obtener tratamiento o beneficios de salud; sin embargo, para recibir los servicios y comunicaciones descritos anteriormente, debo firmar la autorización. Entiendo que puedo cancelar mi autorización en cualquier momento poniéndome en contacto con SareptAssist por fax al 1-800-621-5203, o por correo en 215 First Street, Cambridge, MA 02142. Mi cancelación de esta autorización será efectiva una vez que Sarepta la reciba, y será efectiva para cada uno de mis proveedores de atención médica y compañías de seguros cuando se les notifique, pero la cancelación no afectará a los usos o divulgaciones anteriores de PHI.

Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Esta autorización vence 5 años después de la fecha de mi firma, como se muestra a continuación, o una fecha anterior que pueda ser requerida por el estado en el que resida, a menos que la cancele antes.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Nombre del paciente o representante personal, en letra de imprenta

Fecha

Si lo firma un representante personal, indique la relación con el paciente