

Complete este formulario por fax al 866-769-3903. Para obtener ayuda, llame al 844-832-8432, ext. 2275, de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 5:00 P. M., hora del Este.

Janssen CarePath no puede aceptar ninguna información sin un **Contrato de Socio Comercial** o un **Formulario de Autorización del Paciente** firmados, que se pueden encontrar en [JanssenCarePath.com](http://JanssenCarePath.com) o en las páginas 3 y 4 de este documento.

La información que nos aporte será usada por Janssen Biotech, Inc., nuestros afiliados y nuestros proveedores de servicio para la inscripción y la participación de su paciente en Janssen CarePath.

Nuestra **Política de Privacidad** rige el uso de la información que usted proporciona. Al presentar este formulario, indica que ha leído, que entiende y que acepta estos términos.

## 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (INFORMACIÓN OBLIGATORIA)

NOMBRE (nombre, segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_ SEXO  M  F  
 DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
 CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO PRINCIPAL (el número más indicado para llamar entre las 8:00 A. M. y las 5:00 P. M.) \_\_\_\_\_  
**NURSE NAVIGATORS DE JANSSEN CAREPATH (Programa para Pacientes inscritos)**  
 **¡SÍ!** Yo (el paciente) deseo inscribirme en el Programa Nurse Navigator y enviaré el formulario de inscripción adjunto.

## 2. INFORMACIÓN DE SEGUROS (INFORMACIÓN OBLIGATORIA. Llene los campos a continuación Q proporcione una copia de las tarjetas de seguro.)

**SEGURO MÉDICO** \_\_\_\_\_  
 TITULAR DE LA TARJETA \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ N.º DE PÓLIZA \_\_\_\_\_ N.º DE GRUPO \_\_\_\_\_  
**SEGURO FARMACÉUTICO** \_\_\_\_\_ N.º DE PCN \_\_\_\_\_  
 TITULAR DE LA TARJETA \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
 IDENTIFICADOR DE LA FARMACIA \_\_\_\_\_ N.º DE TARJETA/BIN \_\_\_\_\_ N.º DE GRUPO \_\_\_\_\_  
**SEGURO SECUNDARIO** \_\_\_\_\_ TITULAR DE LA TARJETA \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ N.º DE PÓLIZA \_\_\_\_\_ N.º DE GRUPO \_\_\_\_\_

## 3. INFORMACIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTOS PREVIOS (INFORMACIÓN OBLIGATORIA. La información solicitada es solo para fines de investigación de beneficios. Visite [JanssenCarePath.com](http://JanssenCarePath.com) para ver los códigos ICD-10 o consulte el libro de códigos ICD-10 para obtener información adicional.)

**STELARA®: DIAGNÓSTICO**  K50.00 (Enfermedad de Crohn del intestino delgado, sin complicaciones)  K51.90 (Colitis Ulcerosa, no especificada, sin complicaciones)  
 K50.80 (Enfermedad de Crohn tanto del intestino delgado como del intestino grueso, sin complicaciones)  K51.00 (Pancolitis Ulcerosa [crónica], sin complicaciones)  
 K50.90 (Enfermedad de Crohn, sin especificar, sin complicaciones)  K51.80 (Otra Colitis Ulcerosa, sin complicaciones)  
 Otro código ICD-10 \_\_\_\_\_  
 FECHA DEL DIAGNÓSTICO O AÑOS CON LA ENFERMEDAD \_\_\_\_\_ PRUEBA DE LA TB PREVIA (FECHA) \_\_\_\_\_

### MEDICAMENTOS PREVIOS (ES NECESARIO QUE SE LLENE ANTES DE LA AUTORIZACIÓN)

5-ASA  6-MP  Azatioprina  Azulfidina®  Ciclosporina  Cimzia®  
 Corticosteroides  Entyvio®  Humira®  Metotrexato  Tysabr®  Xeljanz®  
 Zeposia®  Ninguno  Otro \_\_\_\_\_

## 4. PROGRAMA JANSSEN LINK: Solo disponible para la jeringa precargada de un solo uso de 90 mg

Cuando la cobertura del seguro comercial se retrasa >5 días laborables o se deniega, Janssen Link ofrece a los pacientes que reúnan los requisitos STELARA® por vía subcutánea **sin costo** hasta que su seguro comercial cubra el medicamento. Consulte los requisitos del programa en la página siguiente.

Al inscribir pacientes en Janssen Link, certifico que acepto los requisitos del programa y que tomaré las medidas necesarias descritas en los requisitos para mi paciente.

**FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA** (NO SE PERMITEN SELLOS) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

## 5. AUTORIZACIÓN PREVIA

**Formulario de Autorización Previa para la Asistencia y Monitoreo del Estado:** Janssen CarePath ayuda a su consultorio a proporcionar los requisitos del plan de salud del paciente relacionados con la autorización previa para el tratamiento con STELARA®. La asistencia incluye obtener el Formulario de Autorización Previa específico al plan de salud y proporcionarlo en función de la información específica al paciente proporcionada en este formulario. El Formulario de Autorización Previa llenado parcialmente se proporcionará a su oficina para su posible finalización y envío a la entera discreción del consultorio. Janssen CarePath también monitorea de forma activa el estado de la autorización previa enviada al plan del paciente y proporciona actualizaciones del estado a su consultorio con respecto a la autorización previa de este paciente para el tratamiento con STELARA®.

- NO** deseo recibir asistencia para el Formulario de Autorización Previa ni monitoreo del estado. Esta exclusión no aplica si solicita la inscripción del paciente en Janssen Link.  
 La Autorización Previa ya está archivada con el plan del paciente para su tratamiento con STELARA® por vía intravenosa.  
 La Autorización Previa ya está archivada con el plan del paciente para su tratamiento con STELARA® por vía subcutánea.

Lea **Información de Prescripción** completa y la **Guía de Medicamento** completas adjuntas para STELARA®. Proporcione la **Guía de Medicamento** a sus pacientes y anímelos a hablar con usted al respecto.

## 6. INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA (INFORMACIÓN OBLIGATORIA)

NOMBRE DEL MÉDICO QUE RECETA (nombre, apellido) \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL CONSULTORIO \_\_\_\_\_ CONTACTO DEL CONSULTORIO \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
 CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
 N.º DE TAX ID \_\_\_\_\_ N.º DE NPI \_\_\_\_\_

## 7. INFORMACIÓN DE LA INDUCCIÓN INTRAVENOSA ÚNICA Y DEL LUGAR DE LA INFUSIÓN (Llene esta sección y proporcione información sobre la dosis de inducción. Si solicita solamente una investigación de beneficios o una prescripción para la dosis de mantenimiento, vaya a la sección 8.)

Investigar  **BENEFICIOS MÉDICOS Y FARMACÉUTICOS**  
**DOSIS DE LA INFUSIÓN DE INDUCCIÓN**  55 kg o menos 260 mg (2 frascos x 130 mg/26 mL) en la semana 0  
 más de 55 kg hasta 85 kg 390 mg (3 frascos x 130 mg/26 mL) en la semana 0  
 más de 85 kg 520 mg (4 frascos x 130 mg/26 mL) en la semana 0  
 PESO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ lb \_\_\_\_\_ kg FECHA DE LA DOSIS DE LA INFUSIÓN DE INDUCCIÓN \_\_\_\_\_  
**LUGAR DE LA INFUSIÓN (OBLIGATORIO SI SE TRATA DE UN LUGAR QUE NO SEA EL CONSULTORIO DEL MÉDICO QUE RECETA)**  
 Consultorio de un médico que no sea el que receta  Consultorio ambulatorio del hospital  Centro de infusión  Otro  
 NOMBRE DEL MÉDICO O PROVEEDOR DE LA INFUSIÓN \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL CONSULTORIO/CENTRO \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
 CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
 N.º DE NPI \_\_\_\_\_ N.º DE TAX ID \_\_\_\_\_

## 8. INFORMACIÓN DE LA DOSIS DE MANTENIMIENTO (Llene esta sección si solicita una investigación de beneficios, inscripción en Janssen Link Y/O una receta de dosis de mantenimiento.)

Investigar **seringa precargada de un solo uso de 90 mg/mL de STELARA®**  **BENEFICIOS MÉDICOS Y FARMACÉUTICOS**  
 Investigar **frascos de 45 mg/0.5 mL de STELARA®**  **BENEFICIOS MÉDICOS Y FARMACÉUTICOS**  
**INFORMACIÓN PARA EL ENVÍO DE LA TERAPIA DE MANTENIMIENTO (Es necesario que se complete la investigación de beneficios incluso si no prescribe. NOTA: Los envíos no se pueden enviar a apartados postales)**

ENVIAR A:  Consultorio  Paciente (el pagador puede solicitar el uso de beneficios farmacéuticos solo si se lo selecciona)  
 Consultorio ambulatorio del hospital  Otro  
 DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_  
 ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

### Receta de TERAPIA DE MANTENIMIENTO de STELARA® (No llene esta sección si solicita solamente una investigación de beneficios.)

1 jeringa precargada de un solo uso; **90 mg** s.c. cada 8 semanas N.º de resurtidos \_\_\_\_\_  
 Dos frascos de 45 mg; **90 mg** s.c. cada 8 semanas N.º de resurtidos \_\_\_\_\_  
 FECHA DE LA DOSIS DE LA INFUSIÓN DE INDUCCIÓN (SI SE SABE) \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA (NO SE PERMITEN SELLOS) NECESARIA PARA VALIDAR LA RECETA:** Certifico que la terapia con STELARA® es necesaria médicamente para este paciente. Supervisaré en consecuencia el tratamiento del paciente y he revisado la Información de Prescripción vigente para recetar STELARA®. Autorizo a Janssen CarePath a actuar en mi nombre con el fin limitado de transmitir esta receta a la farmacia correspondiente designada por mí, el paciente o el plan del paciente.

**FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA** (Despachar como se indica) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

## 9. FARMACIA ESPECIALIZADA PREFERIDA (El proveedor debe marcar una casilla a continuación.)

Como médico responsable, he discutido la preferencia por una farmacia especializada (SP) con este paciente. Este paciente prefiere usar la SP indicada a continuación. Autorizo a Janssen Biotech, Inc., y a sus representantes a enviar esta prescripción por fax a: **1.** la SP designada que se marca a continuación, siempre que esté aprobada por el plan de este paciente. **2.** Si la SP designada no es una SP aprobada por el plan, entonces a una SP aprobada por el plan de este paciente. **3.** Si no hay una SP indicada como preferida, entonces cualquier SP aprobada por el plan de este paciente.

- Absolute Pharmacy Care  Alivia Health  Axiom Healthcare Puerto Rico  CVS Caremark  Optima Health  
 Special Care Pharmacy Services  SPS Pharmacy Services  Walgreens Specialty Pharmacy  Otra \_\_\_\_\_

Los proveedores de servicio proporcionan a Janssen CarePath la información sobre la cobertura de seguro de su paciente, las opciones de apoyo con los costos y el apoyo al tratamiento. La información que recibe no requiere que ni usted ni su paciente usen un producto de Janssen. Dado que la información que nos proporciona viene de fuentes externas, Janssen CarePath no puede prometer que la información sea completa. Janssen CarePath no está dirigido a los pacientes de la Johnson & Johnson Patient Assistance Foundation.

Janssen Link ofrece a los pacientes que reúnan los requisitos STELARA® subcutáneo (ustekinumab) **sin costo** hasta que su seguro comercial cubra el medicamento. Consulte los requisitos del programa a continuación.

## Requisitos del programa Janssen Link

### Para reunir los requisitos, el paciente debe tener:

1. una receta de STELARA® por vía subcutánea para una indicación autorizada y aprobada por la FDA;
2. un seguro comercial con cobertura para medicamentos biológicos;
3. un retraso de más de 5 días laborables o una denegación de tratamiento por parte de su seguro.

Además, para que el paciente reúna los requisitos, el médico que receta debe enviar:

4. un formulario de inscripción al programa\*;
5. un formulario de determinación de cobertura (es decir, autorización previa o autorización previa con excepción) al seguro comercial. Si se deniega la cobertura, el médico que receta también debe presentar una Carta de Excepción del Formulario, Carta de Necesidad Médica o una apelación dentro de un plazo de 90 días desde que el paciente reúna los requisitos para permanecer en el programa.

### El paciente no reúne los requisitos si:

1. el paciente usa cualquier programa de cuidado médico financiado por el gobierno estatal o federal para cubrir los costos de los medicamentos. Algunos ejemplos de estos programas son Medicare, Medicaid, TRICARE, el Departamento de Defensa y la Administración de Veteranos;
2. se denegara la autorización previa debido a la falta de información en el formulario de determinación de cobertura, el uso para una indicación no aprobada por la FDA o una justificación clínica no válida.

El paciente reúne los requisitos hasta que el seguro comercial cubra el medicamento. El programa requiere la verificación periódica del estatus de la cobertura del seguro para confirmar la continuidad de la elegibilidad.

El programa cubre solo el costo del tratamiento, no el costo de administración asociado. El médico que receta no puede facturar al plan de seguro comercial ninguna parte del tratamiento subcutáneo recetado. El paciente no puede reclamar el valor del producto gratuito para pago a ningún plan de salud. El programa solo se ofrece para Estados Unidos y sus territorios. Es nulo donde la ley lo prohíba, tribute o lo limite. Los términos del programa podrían cambiar.

### Los médicos participantes que recetan autorizan a Janssen CarePath a:

1. llevar a cabo una investigación de beneficios y confirmar los requisitos de autorización previa;
2. proporcionar asistencia con el formulario de autorización previa y monitoreo del estatus, incluidos los procesos de excepciones y apelaciones;
3. referir a los pacientes que reúnen los requisitos a la farmacia especializada Wegmans para obtener más apoyo del programa y el envío de medicamentos;
4. ayudar a la transición de los pacientes al producto comercial si se determina la cobertura del medicamento;
5. comprobar el estatus de la cobertura del seguro durante el programa.

\*Janssen CarePath no puede aceptar ninguna información sin un Contrato de Socio Comercial o una Autorización del Paciente firmados archivados. La Autorización del Paciente se puede encontrar en este formulario, o el paciente puede crear una cuenta en [MyJanssenCarePath.com](https://www.MyJanssenCarePath.com) y firmar electrónicamente una autorización del paciente allí.

# Programa de Apoyo al Paciente de Janssen Formulario de Autorización del Paciente

Los pacientes deben leer la Autorización del Paciente, marcar las casillas de permiso deseadas y devolver ambas páginas del Formulario al Programa de Apoyo al Paciente de Janssen.

- **Descargue una copia, imprímala, marque las casillas deseadas y firme. Su proveedor de atención médica puede escanear el Formulario completado y cargarlo en el Portal del Proveedor, o puede enviarlo por fax al 866-769-3903 o por correo postal a Janssen CarePath, 2250 Perimeter Park Drive, Suite 300, Morrisville, NC 27560**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

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 médico) compartan mi Información Médica Protegida, tal como se describe en este Formulario. Mi “Información Médica Protegida” incluye toda la información relacionada con mi condición médica, tratamiento, recetas y cobertura de seguro médico.

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) o clase de persona(s) a recibir y utilizar mi Información Médica Protegida (colectivamente “Janssen”):

- Johnson & Johnson Health Care Systems Inc., sus empresas afiliadas, agentes y representantes;
- los proveedores de otras fuentes de fondos, incluidas las fundaciones y los proveedores de asistencia de copago;
- los proveedores de servicios para los Programas de Apoyo al Paciente, incluidos los subcontratistas o los proveedores de atención médica que ayudan a Janssen a ejecutar los programas;
- los proveedores de servicios que mantienen, transmiten, eliminan señales de identificación, agregan o analizan datos de los Programas de Apoyo al Paciente de Janssen.

Además, doy permiso a Janssen para que reciba, use y comparta mi Información Médica Protegida con el fin de:

- determinar si califico, inscribirme, comunicarse conmigo y brindarme servicios relacionados con los Programas de Apoyo al Paciente de Janssen, incluidos los servicios a domicilio;
- manejar los Programas de Apoyo al Paciente de Janssen;
- darme materiales educativos y adherencia, información y recursos relacionados con mi medicamento de Janssen en relación con los Programas de Apoyo al Paciente de Janssen;
- comunicarse con mis Proveedores de atención médica en relación con el acceso, el reembolso y el cumplimiento de mi medicamento de Janssen, y para comunicarle a mi Proveedor de Atención Médica que estoy participando en los Programas de Apoyo al Paciente de Janssen;
- verificar, ayudar y coordinar mi cobertura de mi medicamento de Janssen 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 Janssen a evaluar, crear y mejorar sus productos, servicios y atención al cliente para los pacientes a los que se han recetado medicamentos de Janssen;
- compartir y dar acceso a la información creada por los Programas de Apoyo al Paciente de Janssen que puedan ser útiles para mi atención médica.

Entiendo que Janssen podrá compartir mi Información Médica Protegida para los usos escritos en este Formulario con:

- mis Aseguradoras;
- mis Proveedores de atención médica;
- cualquiera de las personas a las que les he dado permiso para recibir y utilizar mi Información Médica Protegida como se ha mencionado anteriormente;
- cualquier persona a la que doy permiso como contacto adicional.

Janssen y los demás destinatarios de los datos mencionados en este Formulario pueden compartir información sobre mí según lo permitido en este Formulario o si se elimina cualquier información que me identifique específicamente. Entiendo que Janssen hará todo lo razonablemente posible para mantener la privacidad de mi información, pero una vez que mi Información Médica Protegida se divulgue tal como se permite en este Formulario, puede que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad.

Entiendo que no estoy obligado a firmar este Formulario. Mi decisión de firmar no cambiará el trato de mis Proveedores de atención médica o Aseguradoras para conmigo.

## Programa de Apoyo al Paciente de Janssen Formulario de Autorización del Paciente

Si no firmo este Formulario, o cancelo o retiro mi permiso más tarde, entiendo que no podré participar ni recibir asistencia de los Programas de Apoyo al Paciente de Janssen. Entiendo que Janssen podrá pagar a mis Proveedores de atención médica por compartir mi Información Médica Protegida con Janssen, según lo permitido en este Formulario.

Este Formulario será válido 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 al Paciente de Janssen. La información recopilada antes de esa fecha podrá seguir utilizándose para los fines establecidos en este Formulario.

Entiendo que puedo cancelar los permisos que otorga este Formulario en cualquier momento comunicándolo a Janssen por escrito a: Janssen CarePath, 2250 Perimeter Park Drive, Suite 300, Morrisville, NC 27560.

También puedo cancelar mi permiso informando por escrito a mis Proveedores de atención médica y Aseguradoras de que no quiero que compartan ninguna información con Janssen.

Entiendo además que si cancelo mi permiso, no afectará la forma en que Janssen utiliza y comparte mi Información Médica Protegida recibida por Janssen antes de mi cancelación.

Comprendo que podré solicitar una copia de este Formulario.

### Permiso para comunicaciones fuera de los Programas de Apoyo al Paciente de Janssen:

- Sí, me gustaría recibir comunicaciones relacionadas con mi medicamento de Janssen.
- Sí, me gustaría recibir comunicaciones relacionadas con otros productos y servicios de Janssen.

Para obtener información sobre los derechos de privacidad y las opciones específicas de los residentes de California, consulte el aviso de privacidad de Janssen disponible en el sitio web <https://www.janssen.com/us/privacy-policy#california>

### Permiso para comunicaciones por mensaje de texto:

- Sí, me gustaría recibir mensajes de texto. Al seleccionar esta opción, acepto recibir mensajes de texto, según lo permitido por este Formulario, al número de teléfono móvil que aparece a continuación. Pueden aplicarse cargos por mensajes y uso de datos. La frecuencia de los mensajes varía. Entiendo que no estoy obligado a proporcionar mi permiso para recibir mensajes de texto para participar en los Programas de Apoyo al Paciente de Janssen ni para recibir ninguna otra comunicación que haya seleccionado.

Número de teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del paciente aquí: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si el paciente no puede firmar, el representante legalmente autorizado del paciente debe firmar abajo:

Por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Firma de la persona legalmente autorizada para firmar por el paciente)

Describa la relación con el paciente y la autoridad para tomar decisiones médicas para el paciente:

\_\_\_\_\_





Complete y envíe el formulario por correo electrónico a: [mynurse@janssennurse.com](mailto:mynurse@janssennurse.com)



Complete y envíe el formulario por fax al: 800-870-6237



Complete y envíe el formulario por correo a: Nurse Navigators from Janssen CarePath  
500 Atrium Drive, 3rd Floor, Somerset, NJ 08873



Inscríbese en línea en: [www.Nurse4Stelara.com](http://www.Nurse4Stelara.com)

## Información del paciente (para inscribirse en el Programa Nurse Navigator, el PACIENTE debe llenar este formulario.) \*Campo obligatorio.

La información que proporcione será utilizada por Johnson & Johnson Health Care Systems Inc., nuestras afiliadas y nuestros proveedores de servicios para la inscripción y participación en el Programa Nurse Navigator. Nuestra [Política de Privacidad](#) rige también el uso de la información que usted proporciona. Al completar y enviar este formulario, usted indica que ha leído, comprende y ha completado el Formulario de Autorización del Paciente para el Programa de Apoyo al Paciente en las páginas 3 y 4.

Sr.  Sra.  Srta.

\*Nombre \_\_\_\_\_ \*Apellido \_\_\_\_\_

Dirección física \_\_\_\_\_ Apto./Unidad \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

\*Teléfono \_\_\_\_\_  Celular  Casa  Trabajo  Otro Teléfono secundario \_\_\_\_\_

¿Se puede dejar un mensaje?  Sí  No ¿Se puede enviar un mensaje de texto?\*  Sí  No

\*Al seleccionar esta opción, acepto recibir mensajes de texto como se indica en este formulario, al número de teléfono proporcionado. Puede que apliquen tarifas de mensajes y datos. La frecuencia de los mensajes varía. Entiendo que no estoy obligado a proporcionar mi permiso para recibir mensajes de texto para participar en el Programa Nurse Navigator.

\*Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ \*Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## Información del médico Médico Enfermero Practicante Asistente del Médico

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección física \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

\*Teléfono \_\_\_\_\_

El Programa Nurse Navigator se limita a educar sobre su medicamento de Janssen, su administración o la condición que trata. No está destinado a proporcionar asesoramiento médico, sustituir un plan de tratamiento que reciba de su médico o enfermero ni servir como motivo para iniciar o continuar el tratamiento.

Lea [Información de Prescripción](#) completa y la [Guía de Medicamento](#) completas adjuntas para STELARA® y comente cualquier pregunta que tenga con su médico.