

Janssen CarePath no puede aceptar ninguna información sin un Acuerdo del Asociado Comercial o Formulario de Autorización del Paciente firmados, que se pueden encontrar en [JanssenCarePath.com](http://JanssenCarePath.com) o en la última página de este documento.

**1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (REQUERIDO)**

NOMBRE (Nombre, inicial, apellido) \_\_\_\_\_ SEXO M F  
 DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
 CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA) \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO PRINCIPAL (mejor número para llamar de 8:00 A. M. a 5:00 P. M.) \_\_\_\_\_  
**NURSE NAVIGATORS DE JANSSEN CAREPATH (Programa de Paciente Inscrito)**  
 ¡Sí! Yo (el paciente) deseo inscribirme en el Programa Nurse Navigator y enviaré el formulario de inscripción adjunto.

**2. INFORMACIÓN DEL SEGURO (REQUERIDO. Complete los campos que aparecen a continuación O 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 DE FARMACIA** \_\_\_\_\_ PCN N.º \_\_\_\_\_  
 TITULAR DE LA TARJETA \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
 ID DE FARMACIA \_\_\_\_\_ TARJETA/BIN N.º \_\_\_\_\_ 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 (REQUERIDO. La información solicitada es solo para fines de investigación de beneficios. Visite [JanssenCarePath.com](http://JanssenCarePath.com) para los códigos ICD-10 o consulte el libro de códigos ICD-10 para información adicional.)**

<b>STELARA®—DIAGNÓSTICO</b>	K50.00 (enfermedad de Crohn de intestino delgado, sin complicaciones)	K51.90 (Colitis Ulcerativa, no especificada, sin complicaciones)			
	K50.80 (enfermedad de Crohn de intestino delgado e intestino grueso, sin complicaciones)	K51.00 (Pancolitis [crónica] Ulcerativa, sin complicaciones)			
	K50.90 (enfermedad de Crohn, no especificada, sin complicaciones)	K51.80 (otra Colitis Ulcerosa, sin complicaciones)			
	Otros códigos ICD-10 _____				
FECHA DE DIAGNÓSTICO O AÑOS CON LA ENFERMEDAD _____	PRUEBA DE TB PREVIA (FECHA) _____				
<b>MEDICAMENTOS ANTERIORES (REQUERIDO PARA COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN PREVIA)</b>					
5-ASA	6-MP	Azatioprina	Azulfidine®	Ciclosporina	Cimzia®
Corticosteroides	Entyvio®	Humira®	Metotrexato	Tysabri®	Xeljanz®
Ninguno	Otro _____				

**4. PROGRAMA JANSSEN LINK**

**Janssen Link**, un programa ofrecido por Janssen CarePath, es para pacientes elegibles con seguro comercial a quienes se les ha recetado STELARA® subcutáneo para una indicación autorizada, aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA). Les permite a los pacientes recibir STELARA® subcutáneo sin costo si el paciente tiene un seguro comercial que ha demorado (>5 días laborables) o denegado su tratamiento. Vea los requisitos del programa abajo y al dorso.  
 Al inscribir a pacientes en Janssen Link, acepto no comprar el medicamento de Janssen en nombre de pacientes participantes en Janssen Link y no facturar a pagadores comerciales ninguna parte del tratamiento subcutáneo recetado. También acepto completar y enviar un formulario de determinación de cobertura (es decir, autorización previa o autorización previa con una excepción) al seguro comercial. Si se deniega la cobertura, entonces acepto disputar la denegación de cobertura con una excepción, Carta de Necesidad Médica o apelación. También entiendo que Janssen CarePath supervisará el estado de la autorización previa.

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

**5. AUTORIZACIÓN PREVIA**

**Asistencia con el Formulario de Autorización Previa y Supervisión del Estado:** Janssen CarePath ayuda a su consultorio para proporcionar los requisitos del plan médico del paciente relacionados con la autorización previa para tratamiento con STELARA®. La asistencia incluye obtener el Formulario de Autorización Previa específico del plan médico y proporcionarlo según la información específica del paciente suministrada en este formulario. El Formulario de Autorización Previa parcialmente completado se proporcionará a su consultorio para completarse y enviarse a exclusivo criterio del consultorio. Janssen CarePath también supervisa activamente el estado del envío de la autorización previa al plan del paciente y proporciona actualizaciones del estado a su consultorio con respecto a la autorización previa de este paciente para tratamiento con STELARA®.

**NO deseo recibir ayuda o monitoreo del estado del Formulario de Autorización Previa. Esta opción de exclusión no aplica si está solicitando que el paciente sea inscrito en Janssen Link.**

**La Autorización Previa ya está en el archivo del plan del paciente para el tratamiento con STELARA® IV.**

**La Autorización Previa ya está en el archivo del plan del paciente para el tratamiento con STELARA® subcutáneo.**

Consulte la [Información de Prescripción](#) completa y la [Guía del Medicamento](#) para STELARA® que se adjuntan. Proporcione la Guía del Medicamento a sus pacientes y anímelos a la discusión.

**6. INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA (REQUERIDO)**

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

**7. INDUCCIÓN DE DOSIS ÚNICA INTRAVENOSA E INFORMACIÓN DEL LUGAR DE LA INFUSIÓN (Complete esta sección y proporcione información de la dosis de inducción. Si solicita investigación de beneficios o receta para dosis de mantenimiento solamente, pase a la Sección 8.)**

**Investigar BENEFICIOS DE FARMACIA Y MÉDICOS**

<b>DOSIS DE INDUCCIÓN DE LA INFUSIÓN</b>	55 kg o menos	260 mg (2 frascos x 130 mg/26 ml) en la semana 0
	más de 55 kg a 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 INFUSIÓN DE DOSIS DE INDUCCIÓN \_\_\_\_\_

**LUGAR DE LA INFUSIÓN (REQUERIDO, SI ES DIFERENTE DEL CONSULTORIO DEL MÉDICO QUE RECETA)**

Consultorio del médico que no receta Paciente ambulatorio de hospital Centro de infusión Otro

NOMBRE DEL MÉDICO O PROVEEDOR DE INFUSIONES \_\_\_\_\_  
 PRÁCTICA/NOMBRE DE LA INSTALACIÓN \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
 CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
 N.º DE NPI \_\_\_\_\_ N.º DE TAX ID \_\_\_\_\_

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

**Investigue STELARA® jeringa precargada de uso único de 90 mg BENEFICIOS DE FARMACIA Y MÉDICOS**

**Investigue STELARA® frascos de 45 mg BENEFICIOS DE FARMACIA Y MÉDICOS**

**INFORMACIÓN DE ENVÍO PARA EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO (Requerido para completar la investigación de beneficios, incluso si no se receta.)**

**NOTA: Los envíos no pueden realizarse a apartados de correo (P.O. Boxes)**

ENVIAR A: Consultorio Paciente (el pagador puede requerir el uso del beneficio de farmacia solo si se selecciona)  
 Paciente ambulatorio de hospital Otros

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_  
 ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

**Rx STELARA® TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO (No complete esta sección si solicita la investigación de beneficios solamente.)**

1 jeringa precargada de uso único; **90 mg** SC cada 8 semanas N.º de reposiciones \_\_\_\_\_  
 2 frascos de 45 mg; **90 mg** SC cada 8 semanas N.º de reposiciones \_\_\_\_\_

FECHA DE LA DOSIS DE INDUCCIÓN DE LA INFUSIÓN (SI SE CONOCE) \_\_\_\_\_

**SE REQUIERE LA FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA (NO SE PERMITEN SELLOS) PARA VALIDAR LA PRESCRIPCIÓN: Certifique que la terapia con STELARA® es médicamente necesaria para este paciente. En consecuencia, estará supervisando el tratamiento del paciente, y he revisado la Información de Prescripción actual completa de STELARA®. Autorizo a Janssen CarePath a actuar en mi nombre para los propósitos limitados de transmitir esta receta a la farmacia adecuada designada por mí, el paciente o el plan del paciente.**

**FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA** (Entregar tal como se prescribe) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

Como médico tratante, he analizado con este paciente la preferencia por una farmacia especializada (SP). Este paciente prefiere el uso de la SP que se indica a continuación. Autorizo a Janssen Biotech, Inc. y a sus representantes que envíen por fax esta receta a: **1.** La SP designada según se marca a continuación, siempre que esté aprobada por el plan de este paciente. **2.** Si la SP designada no está aprobada por el plan, entonces, a una SP aprobada por el plan de este paciente. **3.** Si no hay una SP preferida indicada, entonces, a 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 \_\_\_\_\_

Al proporcionar su información y la información sobre su paciente en este formulario, usted está solicitando los servicios descritos en este formulario. La información que proporcione solo será usada por Janssen Biotech, Inc., nuestras afiliadas y nuestros proveedores de servicios participantes en la prestación de estos servicios. Usted puede retirar su solicitud para estos servicios llamando al 844-832-8432. Nuestra Política de privacidad, disponible en [JanssenCarePath.com/Privacy-Policy](https://www.janssencarepath.com/Privacy-Policy), rige el uso de la información que usted proporciona. Al proporcionar la información y enviar este formulario, usted indica que leyó, comprende y acepta estos términos.

La investigación de los beneficios del seguro del paciente y otras ofertas del programa de Janssen CarePath son proporcionadas por terceros proveedores de servicios para Janssen CarePath, bajo contrato con Johnson & Johnson Health Care Systems Inc. en nombre de Janssen Pharmaceuticals, Inc., Janssen Biotech, Inc. y Janssen Products, LP (Janssen). Janssen CarePath no está disponible para los pacientes que participan en el programa de asistencia al paciente ofrecido por Johnson & Johnson Patient Assistance Foundation. La disponibilidad de información y asistencia pueden variar en función del medicamento de Janssen, la geografía

y otras diferencias de programa. Janssen CarePath ayuda a los proveedores de atención médica (healthcare providers, HCP) a determinar si el tratamiento podría estar cubierto por el tercero pagador correspondiente, según las guías de cobertura proporcionadas por el pagador y la información del paciente proporcionada por el HCP bajo la autorización correspondiente siguiendo la determinación exclusiva de necesidad médica por parte del proveedor. Esta información y asistencia se ponen a disposición como una conveniencia para los pacientes, y no hay ningún requisito que establezca que los pacientes o los HCP deben utilizar algún producto de Janssen a cambio de esta información o asistencia. Janssen no asume responsabilidad alguna por la calidad, el alcance o la disponibilidad de la información y asistencia proporcionadas, ni garantiza esto. Los terceros proveedores de servicios, no Janssen, son responsables de la información y asistencia proporcionadas por este programa. Cada HCP y cada paciente son responsables de verificar o confirmar cualquier información proporcionada. Todas las reclamaciones y otros envíos a los pagadores deben cumplir con todos los requisitos aplicables.

Janssen Link permite que los pacientes elegibles reciban STELARA® (ustekinumab) sin costo hasta que reciban cobertura. Vea los requisitos del programa abajo y en el frente.

### Requisitos del programa Janssen Link

- Al paciente se le ha recetado STELARA® para una indicación autorizada, aprobada por la FDA.
- El paciente tiene un seguro comercial que ha demorado (>5 días laborables) o denegado su tratamiento.
- El paciente no usa ningún programa de atención médica financiado por el gobierno federal o estatal para cubrir una parte de los costos de medicamentos, como Medicare, Medicaid, TRICARE, el Departamento de Defensa o la Administración de Veteranos.
- El paciente no puede enviar el valor del producto gratuito como una reclamación de pago a ningún tercero pagador.
- El paciente no es elegible si la autorización previa es denegada debido a información faltante en el formulario de determinación de cobertura, el uso de una indicación no aprobada por la FDA o motivos clínicos no válidos.
- El paciente debe comunicarse con Janssen CarePath si cambia de una cobertura de seguro médico comercial a un programa de atención médica financiado por el gobierno en cualquier momento durante el año del programa.

### Cómo funciona Janssen Link

- El programa cubre solo el costo de la terapia, no el costo de administración asociado.
- Ninguna parte del valor del producto gratuito se usará para las obligaciones aplicables de costos compartidos que el paciente deba pagar de su bolsillo.
- El año del programa abarca desde el 1 de marzo hasta el 28 de febrero.
- Janssen CarePath se reserva el derecho de cancelar o modificar Janssen Link en cualquier momento.

### Al participar en Janssen Link, autorizo a Janssen CarePath a:

- Realizar una investigación de beneficios y confirmar los requisitos de autorización previa (prior authorization, PA).
- Proporcionar asistencia con el formulario de PA y Supervisión del Estado, incluidas las excepciones y los procesos de apelación.
- Coordinar el envío de STELARA® desde la farmacia especializada del programa a pacientes elegibles sin cargo hasta que tengan cobertura o hasta el final del año del programa actual.
- Apoyar la transición de los pacientes al producto comercial si se llega a una determinación de cobertura favorable dentro de los 90 días del envío de la PA.
- Realizar la verificación de la cobertura del seguro en enero de cada año para los pacientes inscritos en el programa y en cualquier momento para los pacientes que tienen un cambio de cobertura durante el año del programa a fin de confirmar que se cumplan los criterios de elegibilidad para continuar participando.

# Inscríbase ahora para contar con su Nurse Navigator personalizado

Un Nurse Navigator se desempeña como un socio durante todo el recorrido del tratamiento



**Correo electrónico a:**  
mynurse@janssennurse.com



**Enviar por fax a:**  
800-870-6237



**Correo postal a:**  
Nurse Navigators de Janssen CarePath  
500 Atrium Drive, 3rd Floor, Somerset, NJ 08873

**\*INFORMACIÓN REQUERIDO**

## 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Sr. Sra. Srta.

\*NOMBRE \_\_\_\_\_

\*APELLIDO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ APT/UNIDAD \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

\*TELÉFONO \_\_\_\_\_ Celular Casa Oficina Otros

TELÉFONO SECUNDARIO \_\_\_\_\_

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

\*DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC. (DD/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

**Autorizo a la siguiente persona para actuar como mi representante personal en este programa**

**Relación con usted**

\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

\*TELÉFONO \_\_\_\_\_ Celular Casa Oficina Otro

TELÉFONO SECUNDARIO \_\_\_\_\_

## 2. INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Médico Enfermero practicante Asistente del médico

NOMBRE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

## 3. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE (SE REQUIERE LA FIRMA)

Mi firma en el Formulario de Inscripción en Nurse Navigator confirma que autorizo a cada uno de mis médicos y las Farmacias Especializadas (“proveedores de atención médica”) a divulgar mi información de salud protegida, incluida la información relacionada con mi condición médica, el tratamiento y medicamentos recetados, a Janssen Biotech, Inc., sus compañías afiliadas, agentes y representantes, incluidos otros proveedores de servicios de apoyo a los programas de acceso de Janssen para proveedores de atención médica y pacientes (STELARA® y Nurse Navigators de Janssen CarePath, juntos conocidos como “Janssen Biotech”) para los propósitos descritos a continuación.

Específicamente, autorizo a Janssen Biotech a recibir, usar y divulgar mi información de salud protegida a fin de (i) inscribirme y comunicarse conmigo sobre Nurse Navigators de Janssen CarePath; (ii) proporcionarme materiales educativos, información y servicios relacionados a Nurse Navigators de Janssen CarePath; (iii) hablar y de otra manera comunicarse en mi nombre con mis compañías de seguro médico y farmacias especializadas sobre mi uso y recepción de STELARA®; (iv) ayudar a comprender la adherencia a STELARA®, y; (v) manejar y mejorar el programa STELARA® Nurse Navigator. También comprendo que la información acerca de mi participación en Nurse Navigators de Janssen CarePath se compartirá con el médico que me receta el fármaco. Además, comprendo que mi información de salud protegida no será usada o divulgada por Janssen Biotech para ningún otro propósito salvo que lo permita la ley o a menos que la información que me identifique específicamente se remueva. Comprendo que Janssen Biotech hará todo lo posible para mantener la privacidad de mi información. Si mi información se comparte accidentalmente, las leyes federales de privacidad no requieren que la persona/tercero que la recibe no la vuelva a divulgar. La información divulgada en virtud de estas circunstancias y proporcionada a un tercero puede dejar de estar protegida por las leyes federales de privacidad. Para obtener información adicional sobre cómo Janssen Biotech recopila, usa y divulga la información personal, visite [JanssenCarePath.com/Privacy-Policy](https://www.janssencarepath.com/Privacy-Policy).

Comprendo que no estoy obligado a firmar el formulario de inscripción en Nurse Navigator. Mi elección acerca de si deseo firmar no cambiará la manera en que mis proveedores de atención médica me tratan. Si no firmo el formulario de inscripción en Nurse Navigator, o revoco mi autorización más tarde, comprendo que esto significa que no podré participar en Nurse Navigators de Janssen CarePath.

Esta autorización durará hasta que deje de participar en Nurse Navigators de Janssen CarePath. Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando por correo una carta solicitando dicha cancelación a:

Nurse Navigators de Janssen CarePath  
500 Atrium Drive, 3rd Floor, Somerset, NJ 08873

También puedo revocar mi autorización al informar por escrito a mis proveedores de atención médica que no deseo que ellos compartan ninguna información con Janssen Biotech; esto no afectará la capacidad de Janssen Biotech para usar y divulgar información de salud protegida obtenida antes de recibir la notificación de mi deseo de interrumpir mi participación en el programa. Mi autorización también finalizará si Nurse Navigators de Janssen CarePath se interrumpe. Además, comprendo que tengo el derecho de ver o copiar la información de salud protegida que mis proveedores de atención médica han dado a Janssen Biotech.

### FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_

El programa de enfermería está limitado a la educación para los pacientes acerca de su tratamiento de Janssen, su administración y/o su enfermedad. El objetivo es complementar una comprensión del paciente de su tratamiento y no está destinado a proporcionar asesoramiento médico, reemplazar un plan de tratamiento del médico o el enfermero del paciente, proporcionar servicios de administración de caso o servir como un motivo para recetar.

Consulte la [Información de Prescripción](#) completa y la [Guía del Medicamento](#) para STELARA® que se adjuntan y discuta cualquier pregunta que pueda tener con su médico.

## Autorización del Paciente de Janssen CarePath

- **Los pacientes deben leer la Autorización del Paciente y firmarla electrónicamente o descargarla, imprimirla y firmarla.**
  - **El formulario completado se podrá subir al portal del proveedor o a la cuenta del paciente, enviar a Janssen CarePath por fax al 866-769-3903 o por correo postal a la dirección que figura a continuación.**
- **Los pacientes pueden acceder a una copia del formulario completado en su cuenta de Janssen CarePath – Mi perfil.**

Mi firma en este Formulario de Autorización del Paciente confirma que autorizo a cada uno de mis médicos, farmacéuticos, incluida cualquier farmacia especializada que reciba mi prescripción de un medicamento de Janssen y otros proveedores de atención médica (en conjunto, "Proveedores de atención médica") y cada una de mis compañías de seguros médicos (en conjunto, "Compañías de seguros") a divulgar mi información médica protegida, incluida, entre otras, la información relacionada con mi afección médica y tratamiento, mi cobertura de seguro médico, mi nombre, dirección, número de teléfono, plan de seguro y/o números de grupo (en conjunto, "Información médica protegida") a Johnson & Johnson Health Care Systems Inc., sus compañías afiliadas, agentes y representantes (en conjunto, "Janssen"), incluidos los proveedores de fuentes de financiación alternativas para los costos de los medicamentos recetados y otros proveedores de servicios aprobados autorizados para gestionar, administrar y/o apoyar los programas de Janssen CarePath, las cuentas para pacientes de Janssen CarePath y el portal para proveedores para sus Proveedores de atención médica para los fines descritos a continuación.

Específicamente, autorizo a Janssen a recibir, usar y divulgar mi Información médica protegida para (i) inscribirme, determinar mi elegibilidad y contactarme sobre los programas de apoyo para recibir medicamentos de Janssen; (ii) proporcionarme materiales educativos, información y servicios relacionados con el medicamento de Janssen; (iii) verificar, investigar, ayudar y coordinar mi cobertura del medicamento de Janssen con mis Compañías de seguros; (iv) coordinar el cumplimiento de la prescripción; (v) ayudar en los análisis relacionados con la calidad, eficacia y seguridad del medicamento de Janssen, y el acceso del paciente y el cumplimiento con el medicamento de Janssen; (vi) compartir y proporcionar acceso a la información generada por Janssen CarePath que pueda ser útil para mi atención y (vii) mejorar, desarrollar y evaluar a Janssen CarePath, sus ofertas y materiales. También entiendo que las farmacias que envían mi medicamento pueden recibir un pago por compartir esta información con Janssen CarePath para ayudar a proporcionar las ofertas solicitadas para mí. Además, entiendo que Janssen no utilizará ni divulgará mi Información médica protegida para ningún otro fin sin mi autorización previa, a menos que lo permita la ley o que se elimine información que me identifique específicamente. Entiendo que Janssen hará todo lo posible para mantener privada mi información. También entiendo que si mi información se comparte accidentalmente, las leyes federales de privacidad no obligan a la persona o la parte que la recibe a no divulgarla más, y que es posible que dicha información proporcionada a un tercero ya no está protegida por las leyes federales de privacidad.

Entiendo que no tengo obligación de firmar este Formulario de Autorización del Paciente. Mi decisión sobre la firma no cambiará la forma en que me tratan mis Proveedores de atención médica o las Compañías de seguros. Si me rehúso a firmar el Formulario de Autorización del Paciente o revoco mi autorización más adelante, entiendo que esto significa que no podré participar ni recibir asistencia de Janssen CarePath.

Esta autorización durará hasta que ya no participe en Janssen CarePath o acceda a mi cuenta de Janssen CarePath. Entiendo que puedo cancelar o revocar esta autorización en cualquier momento enviando por correo una carta solicitando dicha cancelación a Janssen CarePath, 2250 Perimeter Park Drive, Suite 300, Morrisville, NC 27560 o informando a mis Proveedores de atención médica y Compañías de seguros por escrito que no quiero que compartan ninguna información con Janssen. Además, entiendo que la cancelación o revocación no afectará la capacidad de Janssen de utilizar y divulgar la Información médica protegida que ha recibido antes de recibir mi cancelación y revocación de la participación en el programa. Mi autorización también finalizará si se cancelan los programas de apoyo o la cuenta de Janssen CarePath. También entiendo que tengo derecho a ver o copiar la Información médica protegida que mis Proveedores de atención médica o Compañías de seguros le han otorgado a Janssen.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

(Firma de la persona legalmente autorizada para firmar en nombre del paciente)

Describe la relación con el paciente y la autoridad para tomar decisiones médicas en nombre del paciente: \_\_\_\_\_

**Janssen CarePath**  
**2250 Perimeter Park Drive, Suite 300**  
**Morrisville, NC 27560**  
**Fax 866-769-3903**