

Janssen CarePath no puede aceptar ninguna información sin un Acuerdo del asociado comercial o un Formulario de autorización del paciente firmados, que se pueden encontrar en [JanssenCarePath.com](http://JanssenCarePath.com) o en la última hoja de este documento.

## 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (SE REQUIERE)

NOMBRE (nombre, inicial del segundo nombre y apellido) \_\_\_\_\_ SEXO  M  F  
 DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
 CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC. (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO PRINCIPAL (El mejor número para llamar de 8:00 A. M. a 5:00 P. M.) \_\_\_\_\_

## 2. INFORMACIÓN DEL SEGURO (SE REQUIERE. Incluya el prefijo y sufijo alfa con el número de póliza y grupo cuando corresponda o proporcione una copia de las tarjetas del seguro)

**SEGURO PRIMARIO** \_\_\_\_\_  
 TITULAR DE TARJETA \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL TITULAR DE TARJETA \_\_\_\_\_  
 EMPLEADOR \_\_\_\_\_ TEL. DE LA COMP. DE SEG. \_\_\_\_\_  
 N.º DE PÓLIZA \_\_\_\_\_ N.º DE GRUPO \_\_\_\_\_  
**SEGURO SECUNDARIO** \_\_\_\_\_  
 TITULAR DE TARJETA \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL TITULAR DE TARJETA \_\_\_\_\_  
 EMPLEADOR \_\_\_\_\_ TEL. DE LA COMP. DE SEG. \_\_\_\_\_  
 N.º DE PÓLIZA \_\_\_\_\_ N.º DE GRUPO \_\_\_\_\_  
**ASEGURADORA DE FÁRMACOS RECETADOS** \_\_\_\_\_ N.º DE TARJETA/BIN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

## 3. INFORMACIÓN CLÍNICA (SE REQUIERE. Visite [JanssenCarePath.com](http://JanssenCarePath.com) para los códigos ICD-10 o consulte el libro de códigos ICD-10 para información adicional)

**DIAGNÓSTICO PRIMARIO: PSORIASIS**  L40.00 (Psoriasis vulgaris)  Otro código ICD-10 \_\_\_\_\_  
**ARTRITIS PSORIÁSICA**  L40.50 (Psoriasis atrópica, sin especificar)  Otro código ICD-10 \_\_\_\_\_  
**DIAGNÓSTICO SECUNDARIO: CÓDIGO ICD-10** \_\_\_\_\_  
 FECHA DE LA PRUEBA DE TB \_\_\_\_\_ FECHA DEL DIAGNÓSTICO O AÑOS CON LA ENFERMEDAD \_\_\_\_\_  
 PESO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ lb. \_\_\_\_\_ kg. % DE ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL AFECTADA \_\_\_\_\_

## 4. INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA (SE REQUIERE)

NOMBRE DEL MÉDICO QUE RECETA (Nombre, apellido) \_\_\_\_\_  
 ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_  
 CONSULTORIO MÉDICO ESPECIALIZADO \_\_\_\_\_ CONTACTO DEL CONSULTORIO \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
 CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ N.º DE TAX ID \_\_\_\_\_  
 N.º DE PROVEEDOR DE MEDICAID/MEDICARE \_\_\_\_\_ N.º DE NPI \_\_\_\_\_

## 5. TERAPIAS ANTERIORES (SE REQUIERE para completar la asistencia con el formulario de autorización previa)

Corticosteroids  Cyclosporine  Enbrel®  Humira®  Methotrexate  
 Otezla®  Phototherapy  Soriatane®  Ninguna de las de arriba  Otra \_\_\_\_\_

Consulte la [Información de prescripción completa](#) y la [Guía del medicamento](#) para STELARA®. Proporcione la Guía del medicamento a sus pacientes y animelos a la discusión.

## 6. INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN (Si se solicita la investigación de beneficios solamente, no complete esta sección. La receta solo es válida si se recibe por fax. Si no es así, la receta se debe enviar en un formulario en blanco específico del estado, si corresponde para su estado)

**Receta INDICACIONES** \_\_\_\_\_  
**DOSIS INICIAL** FECHA DE ENVÍO SOLICITADO \_\_\_\_\_ **TERAPIA DE MANTENIMIENTO** FECHA DE ENVÍO SOLICITADO \_\_\_\_\_  
 2 viales de 45 mg; 0.75 mg/kg SC en las Semanas 0 y 4 para pacientes con psoriasis en placas (de 12 a 17 años) que pesen menos de 60 kg  1 vial de 45 mg; 0.75 mg/kg SC cada 12 semanas para pacientes con psoriasis en placas (de 12 a 17 años) que pesen menos de 60 kg N.º de reposiciones \_\_\_\_\_  
 2 jeringas precargadas de uso único; 45 mg SC en las Semanas 0 y 4 N.º de reposiciones \_\_\_\_\_  
 2 jeringas precargadas de uso único; 90 mg SC en las Semanas 0 y 4  1 jeringa precargada de uso único; 45 mg SC cada 12 semanas N.º de reposiciones \_\_\_\_\_  
 1 jeringa precargada de uso único; 90 mg SC cada 12 semanas N.º de reposiciones \_\_\_\_\_

SE REQUIERE LA FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA (NO SE PERMITEN SELLOS) PARA VALIDAR LA RECETA: Certifico que la terapia con STELARA® es médicamente necesaria para este paciente. En consecuencia, estaré supervisando el tratamiento del paciente; he revisado la información de prescripción actual 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** (Despachar tal como se prescribe) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL MÉDICO SUPERVISOR** (si corresponde) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL MÉDICO SUPERVISOR \_\_\_\_\_

## 7. INVESTIGACIÓN DE BENEFICIOS

**Deseo solicitar la investigación de beneficios solo para STELARA® en este momento**  
 45 mg jeringa precargada de uso único  90 mg jeringa precargada de uso único  
**Deseo solicitar la investigación de beneficios solo para STELARA® 45 mg vial de dosis única**  1 vial  2 viales  
**CENTRO DE ATENCIÓN**  
 Consultorio del médico que receta - Compra y facturación  Consultorio del médico que no receta/Centro de infusiones  
 Paciente ambulatorio  Otro  
 NOMBRE DEL MÉDICO O DEL PROVEEDOR DE INFUSIONES \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL CONSULTORIO MÉDICO/ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
 CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ NOMBRE DE CONTACTO \_\_\_\_\_  
 N.º DE PROVEEDOR DE SEGURO \_\_\_\_\_ N.º DE TAX ID \_\_\_\_\_

## 8. AUTORIZACIÓN PREVIA (Se proporciona automáticamente con la investigación de beneficios. Puede excluirse marcando la casilla a continuación)

**Asistencia con el formulario de autorización previa y supervisión del estado:** Janssen CarePath ayuda a su consultorio para atender los requisitos del plan médico del paciente relacionados con la autorización previa para el 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 asistencia con el Formulario de autorización previa o la supervisión del estado.

## 9. FARMACIA ESPECIALIZADA DE PREFERENCIA (El proveedor marcará una a continuación)

Como médico a cargo de la atención, he analizado la preferencia en cuanto a la farmacia especializada (Specialty Pharmacy, 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 receta por fax a: **1.** la SP designada según lo marcado 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 de preferencia indicada, entonces a cualquier SP aprobada por el plan de este paciente.

Absolute Pharmacy Care  Axiom Healthcare Puerto Rico  Best Option Healthcare  CVS Caremark  
 Optima Infusion  Special Care Pharmacy Services  SPS Pharmacy Services  Walgreens Specialty Pharmacy  
 Otra \_\_\_\_\_

Al proporcionar su información y la información sobre su paciente en el frente del Formulario de prescripción e investigación de beneficios, 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, comprendió y aceptó 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 la Fundación de asistencia al paciente Johnson & Johnson. La disponibilidad de información y asistencia puede variar en función del medicamento de Janssen, la geografía y otras diferencias de programa. Janssen CarePath ayuda a los proveedores de atención médica a determinar si el tratamiento será cubierto por el pagador tercero correspondiente, basado en las guías de cobertura proporcionadas por el pagador, y la información del paciente proporcionada por el proveedor de atención médica bajo la autorización correspondiente siguiendo la determinación exclusiva de necesidad médica. Esta información y asistencia se hacen disponibles como una conveniencia a los pacientes, y no hay requisito que los pacientes o los proveedores de atención médica utilicen algún producto Janssen en intercambio por esta información o asistencia. Janssen no asume responsabilidad alguna ni garantiza la calidad, alcance o disponibilidad de la información y asistencia proporcionadas. Los terceros proveedores de servicios, no Janssen, son responsables de la información y asistencia proporcionadas por este programa. Cada proveedor de atención médica 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.

## 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 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 receta 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") para divulgar mi información médica protegida, incluida, entre otras, la información relacionada con mi afección médica y tratamiento, la cobertura de seguro médico, mi nombre, dirección, número de teléfono, plan de seguro 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 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 cuidado, y (vii) mejorar, desarrollar y evaluar a Janssen CarePath, sus ofertas y materiales. También entiendo que las farmacias que envían el medicamento pueden recibir un pago para compartir esta información con Janssen CarePath para ayudar a proporcionar las ofertas que se me solicitan. 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 que la persona o la parte que la recibe no la divulgue más y 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 al enviar 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 cualquier 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 que reciba 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 respecto del paciente: \_\_\_\_\_

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