

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (REQUERIDA)

NOMBRE COMPLETO (nombre, inicial del segundo nombre y apellido) _____ SEXO M F
 DIRECCIÓN _____
 CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) _____
 E-MAIL _____
 TELÉFONO CELULAR _____ TELÉFONO CASA _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____
 NÚMERO MÁS CONVENIENTE PARA LLAMAR Celular Particular Laboral HORA MÁS CONVENIENTE PARA LLAMAR Por la mañana Por la tarde Por la noche

2. INFORMACIÓN DEL SEGURO (REQUERIDA. Incluir prefijo y sufijo alfabético con la póliza y n.º de grupo cuando corresponda o proveer una copia de las tarjetas de seguro).

SEGURO PRINCIPAL _____
 TITULAR _____ RELACIÓN CON EL TITULAR _____
 PATRONO _____ TEL. DE LA CÍA. DE SEGUROS _____
 N.º DE PÓLIZA _____ N.º DE GRUPO _____
SEGURO SECUNDARIO _____
 TITULAR _____ RELACIÓN CON EL TITULAR _____
 PATRONO _____ TEL. DE LA CÍA. DE SEGUROS _____
 N.º DE PÓLIZA _____ N.º DE GRUPO _____
ASEGURADORA DE MEDICAMENTO CON RECETA _____ N.º DE TARJETA/BIN _____ TELÉFONO _____

AVISO: Los beneficios de farmacia serán investigados. Si el acceso de primera línea a beneficios de farmacia NO está disponible, los beneficios médicos serán investigados automáticamente. **Para asegurar la investigación de beneficios médicos, consulte aquí**

3. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE (Se debe completar solamente cuando [1] no hay un acuerdo de sociedad comercial con la entidad cubierta, o [2] la entidad cubierta ha firmado una solicitud de limitación de servicios. El paciente debe leer la Autorización del paciente en la copia para el paciente y firmar a continuación).

Mi firma a continuación certifica que he leído, comprendido y aceptado que la Autorización del paciente divulga mi información de salud protegida a Janssen Biotech, Inc., su empresa matriz o afiliada, designado o sucesor, farmacias especializadas, y otros proveedores de servicios que apoyan a Janssen CarePath según se define en la copia para el paciente (en conjunto, "Janssen Biotech").

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____
 Si el paciente no puede firmar, el representante legalmente autorizado del paciente debe hacerlo a continuación.
 NOMBRE DEL PACIENTE _____
 NOMBRE DEL PACIENTE _____ POR _____
 Firma de la persona legalmente autorizada a firmar en nombre del paciente/relación

4. INSCRIPCIÓN PARA LOS SERVICIOS EXTENDIDOS (Para ser completado por un paciente que desea inscribirse en los servicios extendidos. El paciente debe leer la Inscripción en los servicios extendidos en la copia para el paciente y firmar a continuación).

Mi firma a continuación certifica que acepto inscribirme en los servicios extendidos que he marcado a continuación, y que he leído, comprendido y aceptado la Autorización del paciente según los términos en la copia para el paciente.

De los servicios extendidos opcionales que proporciona Janssen CarePath, me gustaría inscribirme para recibir:

Materiales educativos para pacientes Recordatorios de terapias para pacientes Ambos

El paciente debe marcar los casilleros correspondientes más arriba y firmar para poder participar o recibir asistencia de soporte de Janssen CarePath para los servicios extendidos.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____
 Si el paciente no puede firmar, el representante legalmente autorizado del paciente debe hacerlo a continuación.
 NOMBRE DEL PACIENTE _____
 NOMBRE DEL PACIENTE _____ POR _____
 Firma de la persona legalmente autorizada a firmar en nombre del paciente/relación

5. SERVICIOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA (Provistos automáticamente con investigación de beneficios. Puede excluirse marcando las opciones correspondientes a continuación).

Asistencia para el formulario de autorización previa Janssen CarePath ayuda a su oficina a proveer los requisitos del plan de salud del paciente relacionados con la autorización previa para el tratamiento con STELARA®. La ayuda incluye la obtención del formulario de autorización previa específico del plan de salud y su entrega en base a la información específica del paciente provista en este formulario. El formulario de autorización previa parcialmente completado se entregará a su oficina para su posible finalización y envío al plan de salud.

NO deseo recibir Asistencia para el formulario de autorización previa.

Monitoreo del estado de Autorización Previa Janssen CarePath monitorea activamente el estado del envío de la autorización previa al plan del paciente y ofrece actualizaciones de estado a su oficina con respecto a la autorización previa del paciente para el tratamiento con STELARA®.

NO deseo recibir Monitoreo del estado de autorización previa.

6. INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA (REQUERIDA)

NOMBRE DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE (nombre y apellido) _____
 ESPECIALIDAD _____
 NOMBRE DE LA OFICINA _____ CONTACTO DE LA OFICINA _____
 DIRECCIÓN _____
 CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____
 E-MAIL _____ TELÉFONO _____ FAX _____
 N.º DE PROVEEDOR DE MEDICAID/MEDICARE _____ N.º DE ID FISCAL _____
 N.º DE LICENCIA ESTATAL _____ N.º DE UPIN/NPI _____

7. MEDICAMENTOS ANTERIORES (OBLIGATORIO para completar la investigación de beneficios)

Armevive** Corticosteroides Ciclosporina Enbrel* Humira*
 Metotrexato Otezla* Fototerapia Raptiva** Soriatane*
 Ninguno de los anteriores

8. INFORMACIÓN CLÍNICA (REQUERIDA. Visite JanssenCarePath.com para obtener los códigos ICD-10 o consulte ICD-10 en el libro de códigos para obtener información adicional).

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: CÓDIGO DEL DIAGNÓSTICO _____ INDICACIÓN _____
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO: CÓDIGO DEL DIAGNÓSTICO _____ INDICACIÓN _____
 EVALUACIÓN DE TB Sí No FECHA DEL DIAGNÓSTICO O AÑOS CON LA ENFERMEDAD _____
 PESO DEL PACIENTE _____ lb. _____ kg. % BSA AFECTADA _____

9. INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN (Si solicita únicamente investigación de beneficios, no complete esta sección. La receta es solamente válida si se recibe por fax. Si no se envían por fax, las recetas deben enviarse en un formulario específico del estado en blanco, si aplica a su estado).

Medicamento con receta INDICACIONES

DOSIS INICIAL FECHA DE ENVÍO SOLICITADA _____	TERAPIA DE MANTENIMIENTO FECHA DE ENVÍO SOLICITADA _____
<input type="checkbox"/> 2 jeringuillas precargadas desechables; 45 mg uso subcutáneo en la semana 0 y en la semana 4	<input type="checkbox"/> 1 jeringuilla precargada desechable; 45 mg uso subcutáneo cada 12 semanas N.º de resurtido de receta _____
<input type="checkbox"/> 2 jeringuillas precargadas desechables; 90 mg uso subcutáneo en la semana 0 y en la semana 4	<input type="checkbox"/> 1 jeringuilla precargada desechable; 90 mg uso subcutáneo cada 12 semanas N.º de resurtido de receta _____

PARA VALIDAR LA RECETA SE REQUIERE LA FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA (NO SE PERMITEN SELLOS): Certifique que la terapia con STELARA® es médicamente necesaria para este paciente. Supervisará el tratamiento del paciente como corresponda, y 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 correspondiente designada por mí, el paciente o el plan del paciente.

FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA (Despáchese como se receta) _____ FECHA _____
FIRMA DEL MÉDICO SUPERVISOR (si aplica) _____ FECHA _____
 NOMBRE DEL MÉDICO SUPERVISOR _____

10. FARMACIA ESPECIALIZADA PREFERIDA (El proveedor debe marcar una sola opción a continuación)

En mi calidad de médico tratante, he analizado la preferencia de una farmacia especializada (SP) con este paciente. Este paciente prefiere el uso de la SP indicada a continuación. Autorizo a Janssen Biotech, Inc., y a sus representantes a enviar por fax esta receta a: **1.** La SP designada como marcada a continuación, siempre que esté aprobada por el plan del paciente. **2.** Si la SP designada no es una SP aprobada por el plan, entonces 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 Axiom Healthcare Puerto Rico Best Option Healthcare CVS Caremark
 Optima Infusion Special Care Pharmacy Services SPS Pharmacy Services Walgreens Specialty Pharmacy
 Otra _____

11. INFORMACIÓN DE ENVÍO (REQUERIDA para completar la investigación de beneficios incluso si no se prescribe. AVISO: Los envíos no se pueden enviar a P.O. Boxes).

ENVIAR A: OFICINA DEL PROVEEDOR CASA DEL PACIENTE (El pagador puede solicitar el uso de beneficios de farmacia solo si lo seleccionó) OTRO
 DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____
 ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ TELÉFONO _____ FAX _____

Haga clic para leer la [Información de prescripción completa](#) y la [Guía del medicamento](#) de STELARA®, también disponible en [StelaraHCP.com](#).

*Las marcas comerciales son marcas comerciales registradas de sus respectivos propietarios. Armevive® (alefacept), Enbrel® (etanercept), Humira® (adalimumab), Otezla® (apremilast), Raptiva® (efalizumab), Soriatane® (acitretina). †El 15 de diciembre de 2011, Armevive fue retirada voluntariamente del mercado estadounidense. ‡El 8 de abril de 2009, Raptiva fue retirada voluntariamente del mercado estadounidense.

Al proporcionar su información y la información de su paciente en la portada de la Información de prescripción y formulario de inscripción, usted estará solicitando los servicios que se describen en este formulario. La información que provea solo será utilizada por Janssen Biotech, Inc., nuestras afiliadas y nuestros proveedores de servicios involucrados en la prestación de estos servicios. Puede cancelar su solicitud para recibir estos servicios llamando al 844-832-8432. Nuestra [Política de privacidad](#) rige el uso de la información que usted provee. Al proveer la información y enviar este formulario, usted indica que ha leído, comprendido y aceptado estos términos.

La investigación de beneficios de seguro del paciente se ofrece como un servicio de The Lash Group, Inc., bajo contrato para Janssen Biotech, Inc. A este respecto, The Lash Group, Inc., asiste a los profesionales de atención médica en la determinación de si el tratamiento podría estar cubierto por el tercero pagador correspondiente en función de las pautas de cubierta provistas por el pagador y la información del paciente provista por el proveedor de atención médica de conformidad con la autorización correspondiente siguiendo la determinación exclusiva de necesidad médica del proveedor.

Aún más importante, la verificación de seguro es responsabilidad final del proveedor. El reembolso a terceros se ve afectado por muchos factores. Por consiguiente, The Lash Group, Inc., y Janssen Biotech, Inc., no realizan declaraciones ni garantías de ningún tipo con respecto a que habrá disponible reembolso de seguro parcial o completo u otro pago. Esta información se proporciona únicamente como información de servicio. Si bien The Lash Group, Inc., intenta ofrecer la información correcta, ellos y Janssen Biotech no realizan declaraciones ni garantías, expresas o implícitas, de ningún tipo con respecto a la exactitud de la información. En ningún caso The Lash Group, Inc., o Janssen Biotech, o sus empleados o agentes serán responsables de ningún daño que sea consecuencia de los servicios o esté relacionado con ellos. Todos los proveedores y otros usuarios de esta información están de acuerdo en que aceptan la responsabilidad por el uso de este servicio.

Janssen Biotech no garantiza ni asume responsabilidad por la calidad, el alcance o la disponibilidad de los servicios, lo que incluye, entre otros, los servicios de apoyo de reembolso, la coordinación de la realización de las recetas, la educación del paciente y otros servicios de apoyo. Cada proveedor, no Janssen Biotech, es responsable de los servicios que provee. Estos servicios de apoyo no tienen valor independiente para los proveedores aparte del producto y están incluidos en el costo del producto.

Haga clic para leer la [Información de prescripción](#) completa y [la Guía del medicamento](#) de STELARA® (ustekinumab) también disponible en [StelaraHCP.com](#). Entregue la Guía del medicamento a sus pacientes y fomente la discusión.



Copia para el paciente

Instrucciones para los proveedores

1. Haga que el paciente lea este formulario y firme los reconocimientos en la portada de la Información de prescripción y formulario de inscripción relacionados con la Autorización del paciente y la inscripción en los servicios extendidos.
2. Entregue al paciente esta hoja y una copia de la portada de la Información de prescripción y formulario de inscripción, que ya ha firmado.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Mi firma en la portada de la Información de prescripción y formulario de inscripción confirma que autorizo a cada uno de mis médicos, farmacéuticos, incluida cualquier farmacia especializada que reciba mi receta para STELARA® (ustekinumab), y otros proveedores de atención médica (en conjunto, “Proveedores de atención médica”) y a cada una de mis aseguradoras médicas (en conjunto, “Aseguradoras”) a divulgar mi información de salud protegida, lo que incluye, entre otros, registros médicos, información relacionada con mi condición médica y tratamiento, mi cubierta de seguro de salud, mi nombre, dirección y número de teléfono, número de Seguro Social, plan de seguro y/o números de grupo (en conjunto, “Información de salud protegida”) a Janssen Biotech, Inc., sus compañías afiliadas, agentes y representantes, incluidos proveedores de fuentes alternativas de financiamiento para costos de medicamentos con receta, y otros proveedores de servicios que apoyan los programas de acceso para Proveedores de atención médica y pacientes (Janssen CarePath) (en conjunto, “Janssen Biotech”) para los propósitos que se describen a continuación.

Especialmente, autorizo a Janssen Biotech a recibir, usar y divulgar mi Información de salud protegida a fin de (i) inscribirme en los programas de soporte de Janssen CarePath y comunicarse conmigo con respecto a dichos programas; (ii) proveerme materiales educativos, información y servicios relacionados con STELARA®; (iii) verificar, investigar, brindarme ayuda y coordinar mi cubierta para STELARA® con mis Aseguradoras; (iv) coordinar la realización de la receta; y (v) asistirme con el análisis vinculado con la calidad, eficacia y seguridad de STELARA®, y el acceso del paciente a STELARA® y su cumplimiento del uso correcto. También comprendo que las farmacias que envían mi medicamento pueden recibir un pago para compartir esta información con el soporte de Janssen CarePath para ayudar a proveer los ofrecimientos solicitados para mí. Además, comprendo que Janssen Biotech, Inc., no usará ni divulgará mi Información de salud protegida para ningún otro propósito a menos que esté permitido por la ley o a menos que se elimine información que me identifique específicamente. Comprendo que Janssen Biotech hará todos los esfuerzos posibles para mantener la privacidad de mi información. Si mi información se comparte accidentalmente, las leyes federales de privacidad no prohíben su futura divulgación por parte de la persona/parte que la reciba. La información divulgada en estas circunstancias y provista a un tercero ya no podrá estar protegida por las leyes federales de privacidad. Para obtener información adicional sobre la forma en que Janssen Biotech recopila, usa y divulga información personal, visite [JanssenCarePath.com/Privacy-Policy](https://www.janssenbiotech.com/Privacy-Policy).

Comprendo que no estoy obligado a firmar la portada de la Información de prescripción y formulario de inscripción. Mi elección en cuanto a firmar no cambiará la forma en que mis Proveedores de atención médica o Aseguradoras me tratan. Si me niego a firmar la portada de la Información de prescripción y formulario de inscripción, o revoco mi autorización posteriormente, comprendo que esto significa que ya no podré formar parte ni recibir asistencia de Janssen CarePath.

Esta Autorización tendrá vigencia hasta que deje de participar en Janssen CarePath. Comprendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento mediante el envío de una carta solicitando dicha cancelación a Janssen CarePath, c/o The Lash Group, Inc., PO Box 218, Monroeville, PA 15146-2230. También puedo revocar mi autorización informando a mis Proveedores de atención médica o Aseguradoras por escrito que ya no deseo que ellos compartan mi información con Janssen Biotech, pero esto no afectará la capacidad de Janssen Biotech de usar y divulgar la Información de salud protegida que haya recibido antes de la recepción de esta notificación que indica que deseo suspender mi participación en el programa. Mi autorización también finalizará si se suspende Janssen CarePath. Además, comprendo que tengo derecho a ver o copiar la Información de salud protegida que mis Proveedores de atención médica o Aseguradoras han divulgado a Janssen Biotech.

INSCRIPCIÓN EN LOS SERVICIOS EXTENDIDOS

Al marcar las opciones correspondientes y firmar la portada de la Información de prescripción y formulario de inscripción, acepto inscribirme en los servicios extendidos proporcionados por Janssen CarePath. Janssen CarePath proveerá los servicios extendidos que he seleccionado relacionados con mi uso de STELARA® lo que incluye, entre otros, servicios de educación para el paciente y otros servicios de apoyo; por ejemplo, panfletos educativos y recordatorios de tratamiento a través de mensajes de texto, e-mail o llamadas telefónicas.

Para respaldar los servicios extendidos que usted seleccione, Janssen Biotech, Inc., el comercializador de STELARA®, y las compañías que trabajan con Janssen Biotech, incluidas otras afiliadas y nuestros proveedores de servicios, usarán su nombre, dirección y otra información que nos provea para respaldar el programa. Es posible que también usemos la información que nos provea para conocer más sobre los pacientes que usan STELARA® y para mejorar la información que brindamos a los pacientes que se están tratando con STELARA®. Janssen Biotech no compartirá su información con nadie más excepto de acuerdo a lo establecido anteriormente y según lo requiera la ley. Si desea dejar de recibir esta información de Janssen Biotech, puede solicitarnos que lo eliminemos de nuestra lista de contactos llamando al 844-832-8432.

Informe a la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) sobre los efectos secundarios negativos de los medicamentos con receta.

Visite [fda.gov/medwatch](https://www.fda.gov/medwatch), o llame a 800-FDA-1088.

Haga clic para leer la [Guía del medicamento](#) de STELARA® y analice todas las preguntas que sean necesarias con su médico.

