

# Formulario de solicitud del proveedor de atención médica para ADCETRIS<sup>®</sup> (brentuximab vedotina) para inyección

Complete y envíe por fax al 855-557-2480 o por correo electrónico a  
[CaseManager@seagensecure.com](mailto:CaseManager@seagensecure.com)

Este es uno de dos formularios requeridos para inscribir a un paciente en Seagen Secure<sup>®</sup> a fin de evaluar los servicios que puede ser elegible para recibir. Para comenzar a brindar ayuda a este paciente, Seagen Secure también debe recibir un Formulario de autorización del paciente completado y firmado. Seagen Secure no garantiza que la presentación de estos formularios dará lugar a la asistencia, cobertura o reembolso del paciente.

## Información del médico/proveedor

NOMBRE DEL MÉDICO		NPI	
NOMBRE DEL GRUPO/HOSPITAL	NPI DEL GRUPO/HOSPITAL	N.º DE IDENTIFICACIÓN FISCAL	CADUCIDAD
DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DE CONTACTO DEL CONSULTORIO		TELÉFONO	EXTENSIÓN
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTACTO		FAX	

## Información del paciente

NOMBRE DEL PACIENTE		<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	SEXO	ESTATURA	PESO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)
<input type="radio"/> Tel. fijo <input type="radio"/> Celular ( ) -	NÚMERO DE CONTACTO PREFERIDO		CORREO ELECTRÓNICO			
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL			
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE		TELÉFONO DEL REPRESENTANTE				

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_

## Información sobre el seguro de salud

También puede adjuntar copias de tarjetas del seguro

SELECCIONE UNA OPCIÓN:  Seguro comercial/privado  Medicare/Medicaid/TRICARE  Sin seguro  Otro

	Seguro de salud principal	Seguro de salud secundario	Seguro de farmacia
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS			
NÚMERO DE PÓLIZA			
NÚMERO DE GRUPO			
NÚMERO DE TELÉFONO			
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA			
FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA			
NÚMERO BIN/PCN			

La inscripción en el Programa de asistencia para pacientes comienza de forma temporal.

## Información clínica

DIAGNÓSTICO **REQUERIDO**

ICD-10 **REQUERIDO**

ETAPA

FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO (MM/DD/AAAA)

¿EL PACIENTE HA RECIBIDO UN TRASPLANTE?

Sí  No

SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ¿EL TRASPLANTE FUE AUTÓLOGO O ALOGÉNICO?

Autólogo  Alogénico

¿ADCETRIS SE UTILIZA COMO TERAPIA DE CONSOLIDACIÓN?

Sí  No

¿QUÉ LÍNEA DE TERAPIA ES ADCETRIS?

¿QUÉ REGÍMENES DE AGENTES PREVIOS HA RECIBIDO EL PACIENTE?

DOSIS DE ADCETRIS POR ADMINISTRACIÓN:

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO DE ADCETRIS:

Semanalmente  una vez cada 2 semanas  una vez cada 3 semanas

Otro: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE (MM/DD/AAAA)

## Declaración del médico que prescribe

Al firmar a continuación, reconoce y da fe de que: (1) usted es el profesional de atención médica que recetó el tratamiento identificado en este formulario, (2) la información proporcionada en este formulario es verdadera y exacta a su leal saber y entender, (3) ha obtenido del paciente o, cuando corresponda, de su representante legal autorizado, el consentimiento para proporcionar la información anterior a Seagen Secure a fin de determinar la elegibilidad del paciente para participar en Seagen Secure, (4) ha obtenido autorización por escrito del paciente en la forma y el modo requeridos por las leyes estatales y federales aplicables para divulgar la Información del paciente en este formulario, (5) cualquier medicamento suministrado por Seagen como resultado de este formulario de inscripción es solo para el uso del paciente mencionado en este formulario y no se venderá, comercializará, transferirá, devolverá para crédito ni enviará a un tercero pagador para su reembolso, y (6) ha recetado el medicamento mencionado anteriormente a este paciente basándose en su criterio clínico independiente de que este tratamiento es médicamente necesario y en beneficio del paciente.



FIRMA DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE

FECHA DE LA FIRMA

El proveedor de atención médica y el paciente son totalmente responsables de todos los reclamos hechos a aseguradoras privadas o programas gubernamentales, incluida la exactitud de toda la información presentada. Todos los reclamos de productos de Seagen deben regirse por los requisitos legales y contractuales. Hay muchos factores que influyen en el reembolso, y las políticas y prácticas de pagadores públicos y privados pueden cambiar sin aviso. Seagen se reserva el derecho de modificar o discontinuar el programa con o sin aviso, en cualquier momento.

Previa notificación razonable por escrito, y no más de una vez por cada año de cobertura, Seagen Inc. tendrá derecho a auditar y examinar todos los documentos, correspondencia y registros relacionados con los pacientes inscritos y los envíos de productos. A pedido, un representante debidamente autorizado por Seagen Inc. puede comunicarse con usted por teléfono o correo electrónico con un pedido de auditoría para todos o algunos de sus pacientes inscritos. Se requieren respuestas completas a una auditoría dentro de los 30 días de dicho pedido. El incumplimiento puede derivar en la posible discontinuación del programa para todos o algunos de sus pacientes.

Seagen Inc. y Seagen Secure utilizarán esta información del paciente únicamente a los fines de una investigación de beneficios y evaluación de asistencia al paciente. El programa no venderá, alquilará ni de otro modo distribuirá ninguna información del paciente fuera de Seagen Inc. o sus agentes.

Tengo conocimiento de que la declaración de privacidad de Seagen, disponible en [www.seagen.com/privacy](http://www.seagen.com/privacy), describe sus prácticas de privacidad, que incluyen cómo puedo ejercer determinados derechos en relación con mis datos.