



**SeaGen
Secure**

Access.
Advocates.
Answers.

Teléfono: 855-4SECURE (855-473-2873)
SeaGenSecure.com

Formulario de autorización del paciente para ADCETRIS® (brentuximab vedotina) para inyección

*Complete y envíe por fax al 855-557-2480 o por correo electrónico a
CaseManager@seagensecure.com*

SeaGen Secure® es un servicio proporcionado sin costo por Seattle Genetics a través de sus agentes autorizados. SeaGen Secure le ayudará a acceder a los productos de Seattle Genetics. Autorizo a SeaGen Secure para que se comunique conmigo, mi(s) médico(s) y proveedor(es) de seguros para los fines descritos en este documento. SeaGen Secure puede hacer lo siguiente:

- (i) ayudarme con mi inscripción en SeaGen Secure y evaluar mi elegibilidad para participar en los Programas de asistencia para desembolsos directos de seguros comerciales y, si resulta que soy elegible, inscribirme;
- (ii) comunicarse conmigo por teléfono, correo postal o correo electrónico para solicitar o proporcionar información adicional;
- (iii) proporcionar material educativo y otros materiales e información pertinentes relacionados con SeaGen Secure;
- (iv) verificar, investigar y ayudarme a obtener cobertura para ADCETRIS a través de mi plan de seguro de salud;
- (v) evaluar mi elegibilidad para participar en el Programa de asistencia para pacientes (Patient Assistance Program, PAP), si es necesario;
- (vi) derivarme a otros programas independientes o fuentes alternativas que pueden estar disponibles para ayudarme según lo permita la ley, si es necesario;
- (vii) para cumplir con los objetivos comerciales internos de SeaGen, que incluyen el control de calidad y una encuesta de mejora del apoyo.

Para poder ayudarle como se describe anteriormente, SeaGen Secure debe tener acceso a información médica protegida (protected health information, PHI). Esto significa información que puede ser divulgada e incluye, entre otras cosas, mi nombre, dirección, número de contacto, afección médica y seguro de salud. Autorizo a mis médicos, farmacias y otros proveedores de atención médica, así como a mi plan de seguro de salud, a divulgar mi información médica protegida a Seattle Genetics (“Compañía”) y a sus terceros proveedores, distribuidores y a otros proveedores



de servicios que brindan apoyo a SeaGen Secure (en conjunto, “Proveedores de servicios”), para ayudarme a obtener acceso a mi medicamento recetado. También autorizo a SeaGen Secure a acceder a mi información de crédito a los fines de verificar mi ingreso como parte de la selección de elegibilidad para el PAP. Entiendo que completar este formulario no garantiza que reuniré los requisitos para el programa PAP de Seattle Genetics y se me inscribirá en el programa. Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización, y esto no afectará mi tratamiento, el pago del tratamiento ni la cobertura de seguro, pero SeaGen Secure no podrá ayudarme. Esta autorización tendrá una duración de dos años a partir de la fecha en la que acepto esta autorización (o un período más corto según lo exija la ley estatal aplicable).

Tengo conocimiento de que la declaración de privacidad de Seattle Genetics, disponible en www.seattlegenetics.com/privacy, describe sus prácticas de privacidad, que incluyen cómo puedo ejercer determinados derechos en relación con mis datos. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito a SeaGen Secure a 2730 S. Edmonds Lane, Suite 300, Lewisville, TX 75067. La cancelación de esta autorización será válida cuando sea recibida por los administradores de SeaGen Secure.

Información del paciente

NOMBRE DEL PACIENTE

**FECHA DE NACIMIENTO
(MM/DD/AAAA)**

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

**CÓDIGO
POSTAL**

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO **TELÉFONO**

MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO: **Teléfono** **Correo electrónico**
 Correo postal

CONTACTO ALTERNATIVO

RELACIÓN

TELÉFONO DEL CONTACTO



Información financiera

Esta sección solo debe completarse en el caso de pacientes que se inscriben en el Programa de asistencia para pacientes de SeaGen Secure para recibir medicamentos gratis. Si cumple con todos los criterios, puede ser elegible para recibir su medicamento sin costo.

CANTIDAD DE MIEMBROS DEL HOGAR PARA EL AÑO FISCAL MÁS RECIENTE

INGRESO ANUAL DEL HOGAR PARA EL AÑO FISCAL MÁS RECIENTE*

Al firmar este formulario, tal y como se describe en este documento, acepto permitir que SeaGen Secure use mi información personal. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de haberla firmado.

FIRMA (PACIENTE O PERSONA LEGALMENTE AUTORIZADA)

FECHA DE LA FIRMA

NOMBRE EN IMPRENTA DE LA PERSONA LEGALMENTE AUTORIZADA

RELACIÓN CON EL PACIENTE

FECHA DE LA FIRMA

Programa de enfermeros de apoyo de oncología opcional

___ Escriba sus iniciales aquí si desea que un enfermero de apoyo de oncología se comunique con usted.† El Programa de enfermeros de apoyo de oncología puede conectarlo con un enfermero de oncología que puede ayudarle a explorar recursos de atención y de otro tipo disponibles. El enfermero de apoyo de oncología lo conectará con apoyo más allá de sus medicamentos, que incluyen servicios psicosociales, personales y de apoyo, si lo necesita. Su enfermero de apoyo de oncología está disponible para hablar con usted de lunes a viernes, de 8 A.M. a 8 P.M., hora del este.

