



Formulario de Autorización del Paciente Para TUKYSA™ (tucatinib)

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

SeaGen Secure® es un servicio proporcionado para usted en forma gratuita por Seattle Genetics a través de sus agentes autorizados. SeaGen Secure se ofrece a ayudarle a acceder a los productos de Seattle Genetics. 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 soy elegible, inscribirme;
- (ii) comunicarse conmigo por teléfono, correo postal o correo electrónico para solicitar más información;
- (iii) proporcionarme material educativo y de otra índole, información y apoyo relacionados con SeaGen Secure;
- (iv) verificar, investigar y ayudarme a obtener cobertura para el producto de Seattle Genetics que mi médico indicó en el formulario de inscripción 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 brindarme asistencia 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.

Doy mi consentimiento para que SeaGen Secure se comunique conmigo, mi(s) médico(s) y proveedor(es) de seguros para los fines antes mencionados.

Para poder ayudarlo de la manera que se indica arriba, 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 proveedor de 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 a Seattle Genetics (“Compañía”) y a sus terceros proveedores, distribuidores y otros proveedores de servicios que brindan apoyo a



SeaGen Secure (en conjunto, “Proveedores de servicios”), mi información médica protegida para ayudarme a tener 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 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 a tener acceso a mi medicamento. 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*

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

Opción de Inclusión en el Programa de Enfermeros de Apoyo de Oncología

- Marque la casilla si desea que un enfermero de apoyo de oncología se comunice 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.



*SeaGen Secure se reserva el derecho de solicitar documentación que demuestre los ingresos.

†Al inscribirse en el Programa de enfermeros de apoyo de oncología, usted está eligiendo que un enfermero de apoyo de oncología se comunice con usted. Si elige no participar en este programa, esto no afectará la capacidad de SeaGen Secure de ayudarle a acceder a tratamiento.