

## Formulario de Autorización del Paciente Para los Comprimidos de TUKYSA<sup>®</sup> (tucatinib)

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

Seagen Secure<sup>®</sup> es un servicio proporcionado para usted en forma gratuita por Seagen a través de sus agentes autorizados. Seagen Secure le ofrece ayuda para acceder a los productos de Seagen. 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 gastos de bolsillo 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 Seagen 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, si es necesario.
- (vi) Derivar 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 comunice 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 Seagen (“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 el Programa de asistencia para pacientes (PAP). Entiendo que completar este formulario no garantiza que reuniré los requisitos para el PAP de Seagen o que 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 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. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito a Seagen Secure a PO Box 5490, Louisville, KY 40255. 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**

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



TUKYSA y Seagen Secure y sus logotipos, Seagen, y  son marcas comerciales de Seagen Inc. registradas en los EE. UU. Todas las demás marcas comerciales son las marcas de sus respectivos titulares.

©2021 Seagen Inc., Bothell, WA 98021. Todos los derechos reservados. US-TUP-21-216-MT