

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 Seagen a través de sus agentes autorizados. Seagen Secure le ayudará a acceder a los productos de Seagen. 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.

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 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 Seagen (“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 Seagen 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 Seagen, disponible en 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: <input type="radio"/> TELÉFONO <input type="radio"/> CORREO ELECTRÓNICO <input type="radio"/> 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***

Consentimiento del paciente

Al firmar este formulario, tal y como se describe en este documento, acepto permitir que Seagen Secure use mi información personal. Confirmando que he leído (o me han leído) y que comprendo toda la información contenida en este formulario. También entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de haberla firmado.

**FIRMA DEL PACIENTE
(PACIENTE O REPRESENTANTE
PERSONAL DEL PACIENTE)**

**SI ES UN REPRESENTANTE
PERSONAL, INDIQUE
LA RELACIÓN**

FECHA

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