

## Instrucciones para los Pacientes

### Al completar este formulario puede hacer lo siguiente:



Obtener más información sobre la cobertura de su seguro médico y otras opciones para conseguir medicamentos de Genentech



Inscribirse en educación opcional sobre enfermedades específicas, servicios de asistencia al paciente y comunicación

### Siga estos 3 pasos para empezar:

1. Lea “Acerca de Su Consentimiento”.
2. Firme y feche la página 3. Tenga en cuenta que debe firmar el formulario para obtener asistencia con su tratamiento.
3. Envíe el formulario completo utilizando una de las opciones a continuación.

Genentech puede comenzar a darle asistencia cuando usted o el consultorio de su médico envíen la **página 3** de este formulario en una de las siguientes maneras:



Complételo en línea en  
Genentech-Access.com/PatientConsent



Tome una fotografía y envíela por mensaje  
de texto al número (650) 877-1111



Imprímalo, complételo y envíelo  
por fax al (877) 313-2659

Un representante de Genentech Access Solutions o del consultorio de su médico lo llamará para informarle sobre su cobertura, costos y asistencia con su tratamiento.

**Si tiene alguna pregunta, hable con su proveedor de atención médica o comuníquese con Genentech Access Solutions.**

## Terminología Útil

**Genentech:** El fabricante del medicamento que su médico quiere recetarle. Genentech se compromete a ayudar a los pacientes a obtener el medicamento que su médico les recetó.

**Genentech Access Solutions:** Un equipo de Genentech que trabaja con su médico y su plan de seguro médico para ayudarle a obtener sus medicamentos.

**Genentech Patient Foundation:** Un programa que da medicamentos de Genentech gratis a personas que no tienen cobertura de seguro o que tienen problemas financieros y que cumplen con determinados criterios de elegibilidad.

**Tamaño del hogar:** La cantidad de personas que viven en su hogar, incluyéndolo a usted.

**Ingreso del hogar:** La cantidad que usted y los miembros de su familia ganan cada año menos las deducciones específicas. Esto también se conoce frecuentemente como su Ingreso Bruto Ajustado o AGI. Esta información es necesaria para determinar la elegibilidad para Genentech Patient Foundation.

**Educación y servicios de asistencia al paciente:** Programas opcionales ofrecidos por Genentech para ayudarle a comenzar y seguir el tratamiento con su medicamento. Los servicios pueden variar según su condición médica y podrían incluir asistencia con los copagos, apoyo clínico, comunicación de marketing e información general sobre enfermedades.

**Deducible:** La cantidad que usted paga por servicios de atención médica o medicamentos de su bolsillo antes de que su plan de seguro médico comience a pagar.

**Costos de bolsillo:** La cantidad no pagada por el plan de seguro que usted debe pagar por su tratamiento. Esto incluye deducibles, copagos y coseguros.

**Asistencia con los copagos:** Programas disponibles para ayudar a los pacientes elegibles a pagar sus medicamentos.

**Contacto alternativo:** Alguien que usted elige para que sea su persona de contacto en caso de que Genentech Access Solutions no pueda contactarlo.

## Si recibo medicamentos Genentech gratis de Genentech Patient Foundation:

- No venderé ni donaré estos medicamentos, ya que es ilegal hacerlo. Soy responsable de asegurarme de que estos medicamentos se envíen a una dirección segura cuando se me envíen, y debo controlar cualquier medicamento de Genentech que reciba
- Comprendo que, a los fines de una auditoría, Genentech Patient Foundation podría solicitarme una copia del formulario IRS 1040 u otro comprobante de ingresos

## Acerca de Su Consentimiento — Esto se relaciona con el 'Cuadro 1' en la página 3

### Su información personal identificable (personally identifiable information, PII) puede incluir:

- Nombre y fecha de nacimiento
- Dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico
- Información financiera importante, según sea necesario
- Información sobre su condición médica, según sea necesario
- Información sobre sus beneficios de salud o cobertura de seguro médico

### Quién puede ver y utilizar mi PII

Autorizo a Genentech y/o Genentech Patient Foundation a (i) usar mi PII con el propósito de facilitar mi acceso a los productos de Genentech y prestar los servicios descritos a continuación, y (ii) divulgar mi PII a otras personas que los asisten en estos servicios y a mi(s) proveedor(es) de atención médica, entidades de atención médica, farmacias y plan(es) de salud con el propósito de brindar estos servicios. Algunas de estas divulgaciones pueden constituir la venta de PII. Si es así, tengo el derecho de no autorizar la venta de mi PII si resido en California. Puedo encontrar información adicional sobre mis derechos de privacidad en la política de privacidad que se encuentra en el sitio web de Genentech ([www.gene.com/privacy-policy](http://www.gene.com/privacy-policy)).

### Las razones para compartir y usar mi información pueden incluir:

- Trabajar con mi plan de atención médica para entender la cobertura de los productos Genentech
- Solicitar asistencia a Genentech Patient Foundation
- Determinar mi elegibilidad para servicios de asistencia financiera, incluida la asistencia con los copagos
- Coordinar mis medicamentos recetados a través de una farmacia, un centro de infusión y/o el consultorio de un proveedor de atención médica
- Ofrecer recordatorios opcionales y educación opcional sobre tratamientos

Ordeno y autorizo a mi médico, farmacia y a mi(s) plan(es) de salud a divulgar mi PII a Genentech y sus socios, según sea necesario para que Genentech brinde los servicios mencionados anteriormente.

Una vez que firme el Formulario de Consentimiento del Paciente y mi PII se transmita a Genentech y/o Genentech Patient Foundation, comprendo que es posible que la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) ya no proteja o prohíba la información de la PII divulgada por mi proveedor de atención médica u otros cubiertos por la legislación HIPAA. Comprendo que Genentech y Genentech Patient Foundation se comprometen a proteger mi información y a mantenerla segura y confidencial mientras se recopile o se utilice para ayudarme, y que el uso y la divulgación de mi información se limitará a lo descrito anteriormente. Puedo decidir no firmar este formulario, pero Genentech y Genentech Patient Foundation no podrán darme asistencia si no lo firmo. Sin embargo, es posible que mis proveedores de atención médica y aseguradora de salud no condicionen ni mi tratamiento ni mi pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios al firmar este formulario.

### La extensión y los términos de este formulario

- Este formulario tiene una validez de 3 años desde la fecha en que lo firmo o la fecha de mi última inscripción, la que sea primero, a menos que la ley exija un periodo menor
- Acepto que, si vivo en el estado de Maryland, este formulario será válido no más de 1 año a partir de la fecha en que lo firme
- Tengo derecho a cancelar esta autorización. Si decido cancelarla, esto implica que Genentech y/o Genentech Patient Foundation ya no usarán ni compartirán mi PII, pero esto no se aplicará a la PII que ya se usó o compartió o cuando sea requerido por la ley. Si resido en California, también tengo derecho a solicitar que Genentech y/o Genentech Patient Foundation eliminen mi PII, aunque la eliminación no es necesaria en ciertas circunstancias. Para cancelar la solicitud o solicitar su eliminación, debo enviar una notificación por escrito a Genentech. Puede enviarse por fax o por correo a la dirección que figura a continuación. Si cancelo y solicito la eliminación, sé que Genentech y Genentech Patient Foundation ya no podrán ayudarme con el acceso a mis productos Genentech. La dirección es Genentech Access Solutions, 1 DNA Way, Mail Stop #858a, South San Francisco, CA 94080-4990

Entiendo que, como paciente o firmante, tengo derecho a recibir una copia de este formulario firmado durante el tiempo que sea válido.

Información del Paciente (debe completarla el paciente o la persona legalmente autorizada)

\*Nombre: \_\_\_\_\_ \*Apellido: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar†: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono celular†: \_\_\_\_\_

¿Está bien que le dejen un mensaje detallado?  ¿Está bien que le envíen mensajes de texto?

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma preferido:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Contacto Alternativo (opcional) Nombre completo: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono†: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

1

Se requiere autorización del paciente mediante una firma para obtener servicios de Genentech Access Solutions y Genentech Patient Foundation. Al firmar este cuadro, usted acepta los términos en la sección 'Acerca de Su Consentimiento'.

OBLIGATORIO

Firme y coloque la fecha aquí

\_\_\_\_\_  
\*Firma del Paciente o Persona Autorizada  
(Un padre o tutor debe firmar para los pacientes menores de 18 años de edad)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
\*Fecha en que se firmó  
(MM/DD/AAAA)

Persona que firma (si no es el paciente)

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta    Apellido en letra de imprenta    Relación con el paciente

2

Información Sobre la Elegibilidad Financiera: Completar para Genentech Patient Foundation Solamente

Al completar esta sección, estoy de acuerdo con los términos y condiciones de Genentech Patient Foundation que se detallan en la página 1.

Tamaño del hogar (incluyéndolo a usted): \_\_\_\_\_ Ingreso anual del hogar:  Menos de \$75,000  
 \$75,000 – \$100,000  \$100,001 – \$125,000  \$125,001 – \$150,000  Más de \$150,000

Firme y coloque la fecha aquí

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Persona Autorizada    Fecha en que se firmó  
(Un padre o tutor debe firmar para los pacientes menores de 18 años de edad) (MM/DD/AAAA)

3

Consentimiento del paciente para inscribirse en educación **opcional** sobre enfermedades específicas, programas de apoyo, investigación de mercado y comunicación que se pueda considerar marketing. Comprendo que mi PII puede ser necesaria para que participe en estos programas.

Firme y coloque la fecha aquí para elegir inscribirse

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Persona Autorizada    Fecha en que se firmó  
(Un padre o tutor debe firmar para los pacientes menores de 18 años de edad) (MM/DD/AAAA)

†Al proporcionar mi número de teléfono y firmar el cuadro 3, autorizo a Genentech a utilizar marcadores automáticos, mensajes pregrabados y mensajes de voz artificiales para comunicarse conmigo. Entiendo que estas llamadas/mensajes de texto pueden mencionar el nombre de los productos o servicios de Genentech, detalles sobre mi cobertura de seguro y el nombre de mi médico. Entiendo que no estoy obligado a aceptar ser contactado por teléfono o mensaje de texto como condición de cualquier compra de productos Genentech o inscripción. Es posible que se apliquen tarifas por los mensajes y los datos. Comprendo que puedo optar por dejar de recibir estas comunicaciones en cualquier momento llamando al (877) GENENTECH (877-436-3683).

Una vez que las páginas 3 y 4 se han completado, envíe una fotografía de ellas por mensaje de texto al número (650) 877-1111, o por fax al (877) 313-2659. Puede completar este formulario en línea en [Genentech-Access.com/PatientConsent](http://Genentech-Access.com/PatientConsent).

## VENCMPASS™ Solicitud de asistencia y recursos de una Enfermera especializada de Vencompass

Mediante este formulario se puede solicitar la inscripción en VENCMPASS; no es una receta ni un formulario de un proveedor de farmacia especializada. El formulario debe ser completado por el profesional de la salud y el paciente o la persona legalmente autorizada. Luego de completar este formulario, los pacientes recibirán una llamada de una Enfermera especializada de Vencompass en el plazo de 1 día hábil para confirmar la inscripción.

**Información del paciente** – Esta sección debe ser completada por el paciente o la persona legalmente autorizada. Escriba con letra de imprenta clara. Todos los campos marcados con un asterisco (\*) son obligatorios.

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

\*Nombre: \_\_\_\_\_ \*Apellido: \_\_\_\_\_

\*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \*Género (marcar una opción)  M  F

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ \*Código postal: \_\_\_\_\_

\*Teléfono: \_\_\_\_\_ \*Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Mejor momento para comunicarse: Lunes a Viernes  Mañana  Tarde  Noche  Marque esta casilla si no desea que dejemos un mensaje

\*¿Para qué afección recibe tratamiento? (Este servicio está disponible solo para las indicaciones aprobadas de VENCLEXTA).

Leucemia linfocítica crónica o linfoma linfocítico pequeño  Leucemia mieloide aguda

### Si una persona legalmente autorizada completa el formulario, debe llenar las siguientes líneas:

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Al inscribirse, recibirá su propia Enfermera de Vencompass. Las Enfermeras de Vencompass no brindan asesoramiento médico y están capacitadas para enviar a los pacientes a sus profesionales de la salud para que obtengan asesoramiento relacionado con el tratamiento, incluidas las derivaciones adicionales. Su información personal se utilizará únicamente para proporcionarle asistencia y para las comunicaciones con la Enfermera de Vencompass y para que AbbVie pueda realizar investigaciones y análisis con datos anónimos. Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad de AbbVie, visite [www.abbvie.com/privacy.html](http://www.abbvie.com/privacy.html). Comprendo que no tengo la obligación de firmar este formulario de consentimiento y que no interfiere con la obtención de mis medicamentos, así como que no es obligatorio recibir asistencia de VENCLEXTA Access Solutions, un servicio de Genentech.**

También me gustaría recibir novedades y actualizaciones sobre los productos, ensayos clínicos, oportunidades de investigación y otra información de AbbVie que podrían ser de mi interés.

**Información del médico que emite la receta** – Esta sección debe ser completada por el médico que emite la receta.

\*Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

\*Nombre de contacto en el consultorio: \_\_\_\_\_ \*Teléfono: \_\_\_\_\_ \*Fax: \_\_\_\_\_

VENCLEXTA® es una marca registrada de AbbVie, Inc.

El logotipo de Access Solutions es una marca comercial registrada de Genentech, Inc.