

## Formulario de inicio del paciente

Complete la siguiente información para ser incorporado al programa.

### 1 INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE:

Nombre(s) \_\_\_\_\_ Apellido(s) \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
 Hospital \_\_\_\_\_ Cédula Profesional \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 Firma del médico solicitante \_\_\_\_\_ Fecha (dd/mm/aa) \_\_\_\_\_

### 2 INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre(s) \_\_\_\_\_ Apellido(s) \_\_\_\_\_  
 Femenino  Masculino Fecha de nacimiento (dd/mm/aa) \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

### 3 INFORMACIÓN DEL GUARDIÁN LEGAL: asegúrese de elegir su método de comunicación preferido

Nombre (s) \_\_\_\_\_ Apellido(s) \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento (dd/mm/aa) \_\_\_\_\_ Últimos dígitos del número de seguro social (opcional) \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono particular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono laboral (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono móvil(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Mejor horario para contactarlo \_\_\_\_\_  
 Método de contacto preferido  Hogar  Trabajo  Móvil  Texto  Correo electrónico  
 Teléfono del guardián legal (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico del guardián legal \_\_\_\_\_ Puede dejar mensajes al guardian legal  Si  No

### 4 INFORMACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD

Privado \_\_\_\_\_  
 INSABI  
 IMSS  
 ISSSTE  
 PEMEX  
 SEMAR / SEDENA  
 Otro \_\_\_\_\_

### 5 CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y/O GUARDIÁN LEGAL

- Manifiesto haber sido informado plenamente sobre el propósito del programa, como el guardián legal del paciente, de conformidad con lo dispuesto a continuación:
- He sido informado que el objetivo del programa es proporcionarme asesoramiento para entender los requisitos de mi seguridad social y la del paciente
- Brindar asistencia con el cumplimiento del régimen de medicamentos para mi el paciente

Leído y comprendido lo anterior:

Leído y comprendido lo anterior:  
 Acepto ingresar al Programa, y para ello, doy consentimiento en mi calidad de guardián legal del paciente, para que mi médico tratante proporcione información para el ingreso del paciente al Programa patrocinado por Ultragenyx. Entiendo que, al ser incluido en el programa, la información que derive de esa asesoría será únicamente para los fines del programa.

Comprendo que puedo retirar el consentimiento cuando lo desee y sin sujeción a formalidad alguna, esto en cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y en todo momento puedo ejercer mi derecho a Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de mis datos personales. Para ello, puedo comunicarme al teléfono 8004610533 o al [ultracaremexico@ultragenyx.com](mailto:ultracaremexico@ultragenyx.com)

El respeto a esta decisión se basará en una decisión personal, sin repercusión para mi atención médica o la del paciente.

Comprendo que la autorización, acceso a terapia o elegibilidad para beneficios no está condicionado a la firma de este documento.

Comprendo que mi información no se usará ni divulgará con ningún otro fin que los indicados anteriormente.

Al firmar esta carta de consentimiento informado, entiendo plenamente en qué consiste el programa y decido que, en nombre del paciente, el paciente proceda con este.

Entiendo que la duración de esta autorización tiene una vigencia de 5 años o al cumplir el paciente 18 años de edad o el tratamiento es descontinuado, en cuyo caso, es necesario renovar el presente consentimiento. Comprendo que al firmar este documento, doy autorización para que mi información y datos de contacto sean proporcionados a los operadores del programa.

Mi firma a continuación indica que:

1. He leído y entiendo toda la información anterior
2. La decisión de consentir o rechazar continuar en el programa es totalmente mía
3. Todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente

6 Firma del paciente o del guardián legal si es menor de 18 años de edad \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_